VICTOR FLORESCU RICHARD FLORESCU

CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

VICTOR FLORESCU
Doctor în medicină
Medic primar ORL gr. I

RICHARD FLORESCU
Medic principal chirurg
Asistent universitar

CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

EDITURA MILITARĂ, BUCUREȘTI, 1986

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Dezvoltarea impetuoasă a tehnicii — caracteristică epocii pe care o trăim — a determinat modificarea raportului dintre om și mediul înconjurător și sub aspectul morbidității; progresul tehnic, continuu și rapid, pune omul în fața unor factori noi și diferiți de mediu, uneori nocivi, ca urmare a mecanizării, automatizării, chimizării, folosirii unei varietăți și a unui număr sporit de mijloace mecanice de transport etc. Pe acest fond, conform statisticilor internaționale, se înregistrează o diversificare mai accentuată a traumatismelor și o creștere a numărului lor. Majoritatea statisticilor atestă că recrudescența și varietatea traumatismelor se datoresc în principal accidentelor de circulație, accidentelor de muncă, accidentelor în sport și a celor produse prin arme de foc. Paralel cu creșterea frecvenței traumatismelor se constată și sporirea gravității acestora, urmare directă a energiilor și vitezelor mari dezvoltate de utilaje, mașini și mijloace de transport, care la producerea diferitelor tipuri de accidente imprimă valori foarte mari forțelor ce acționează ca agenți vulneranți.

Fără a ignora leziunile altor regiuni, statisticile menționează procente ridicate ale traumatismelor produse la nivelul feței. Ele sînt cu atît mai grave cu cît fața atrage atenția celor din jur, iar această parte a extremității noastre cefalice ne reprezintă fizic și psihic chiar de la primul contact cu semenii.

Toate elementele menționate, la care trebuie alăturate potențialul șocogen însemnat, precum și probabilitatea mare ca în aceste condiții traumatismele să se însoțească de complicații precoce sau tardive, determină drasticitatea cu care acționează agenții traumatizanți și ne atrag atenția mai întîi asupra măsurilor de protecție, de prevenire, de ocrotire a

Scanned with OKEN Scanner

omului împotriva tuturor agenților nocivi, în particular împotriva agenților traumatizanți, și numai după aceea asupra intervenției oportune, calificate și eficiente pentru a înlătura efectele lor dăunătoare.

Grija pentru om, pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă, pentru apărarea sănătății sale constituie o trăsătură caracteristică a politicii partidului și guvernului nostru, a orînduirii noastre socialiste, al cărui principal scop este ridicarea nivelului de trai material și cultural al întregului popor. În cadrul măsurilor luate pentru îmbunătățirea condițiilor de viață, statul nostru acordă o atenție și o grijă deosebită omului aflat în procesul muncii. Sînt cunoscute tuturor aspectul actual al întreprinderilor noastre, gradul lor de tehnicitate și condițiile bune de muncă ce le oferă. Mecanizarea lucrărilor grele și cu mare volum de muncă, introducerea și extinderea automatizării proceselor de producție, modernizarea întreprinderilor sub raportul construcției și al condițiilor igienice de lucru, aplicarea cu hotărîre a unui întreg șir de măsuri pentru a limita acțiunea dăunătoare a unor factori fizici, chimici și biologici care apar în procesul producției sînt numai cîteva din elementele ce reflectă grija partidului și guvernului pentru a asigura tuturor celor care desfășoară o activitate productivă condiții de muncă civilizate, igienice.

Dezvoltarea continuă a bazei tehnico-materiale, succesele obținute în industrializarea țării, introducerea cu consecvență a progresului tehnic sporesc mereu posibilitățile statului de a aloca importante fonduri pentru înfăptuirea politicii sale în domeniul protecției muncii. Eforturile pe care le face statul pentru a preveni accidentele de muncă, de circulație și de altă natură, întregul sistem de măsuri pentru desfășurarea activității productive în condiții de igienă și de deplină securitate, ca și de efectuare a transporturilor în situații normale nu sînt însă totdeauna susținute de instruirea și respectarea cu conștiinciozitate a normelor de protecție a muncii și de circulație pe drumurile publice. S-a constatat că, indiferent de împrejurări și de natura agentului vulnerant, la originea marii majorități a traumatismelor stau minimalizarea, nesocotirea, încălcarea normelor de protecție. Experiența personală ne-a permis să constatăm că adevăratele cauze ale traumatismelor sînt graba, neatenția, neglijența, nervozitatea, curajul

Scanned with OKEN Scanner

rău înțeles, imprudența, dorința de a brava, lipsa de disciplină, oboseala produsă de modul neigienic de viață.

Traumatismele produse în timp de pace se diferențiază de cele provocate de agenții vulneranți ce acționează pe cîmpul de luptă. Deosebirile nu sînt determinate de natura agentului traumatizant, întrucît în final este vorba tot de o forță mecanică ce întrece în valoare rezistența țesuturilor de la nivelul feței; ele constau în frecvența, intensitatea și valoarea mare a agenților vulneranți, ca și în polimorfismul clinic al leziunilor. În aceste condiții o lucrare despre chirurgia corectoare și reparatoare a nasului se face deosebit de utilă dacă sintetizează o varietate mare de procedee valoroase sub raportul rezultatelor. O astfel de lucrare încercăm să o propunem chirurgilor, după ce am triat un bogat material bibliografic, din care am extras tehnicile ce au constituit elemente de progres în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului sau au constituit o sursă de inspirație pentru realizarea ulterioară a unor metode valoroase care s-au impus în timp. Tehnicile chirurgicale am căutat să le expunem cît mai succint, adăugînd — în cazurile în care am crezut necesar — experiența noastră, dobîndită din activitatea depusă în acest domeniu.

Credem că această lucrare este utilă în primul rînd chirurgilor oto-rino-laringologi, care operînd nasul sînt preocupați de o chirurgie corectoare și reparatoare cît mai funcțională. Ea este utilă însă și chirurgilor plasticieni, chirurgilor ce practică chirurgia maxilo-facială și chiar medicilor de medicină generală, care trebuie să fie în măsură să reducă o fractură recentă a piramidei nazale în cazul că traumatizatul nu se poate adresa imediat unui specialist.

Scanned with OKEN Scanner

NOȚIUNI ANATOMO-CHIRURGICALE

1.1. PIRAMIDA NAZALĂ

Piramida nazală este o formațiune anatomică proeminentă, situată median între buza superioară și frunte, precum și între regiunile jugale și globii oculari.

Superior, ea este delimitată de o linie imaginară ce unește capetele celor două sprîncene. Linia trece printr-o depresiune transversală, numită incizura nazofrontală, care separă nasul de frunte. La acest nivel se găsește sutura oaselor nazale cu osul frontal. Incizura nazofrontală este diferită de la individ la individ, ea putînd să fie rotunjită sau sub formă de unghi, de diferite grade.

Inferior, nasul este conturat de o linie imaginară care trece prin porțiunea inferioară a subcloazonului. La acest nivel nasul formează cu buza superioară un unghi, numit unghiul nazo-labial. Unghiul nazolabial se modifică pînă la vîrsta de 20—25 de ani, după care rămîne neschimbat. Cînd omul înaintează în vîrstă și devine edentat, unghiul nazolabial se schimbă din nou din cauza apariției lizei osoase.

Lateral, nasul este delimitat de regiunea geniană vecină printr-o linie oblică de sus în jos și dinăuntru în afară, ce unește unghiul nazo-palpebral cu cel nazo-genian, adică partea cea mai externă a aripii nasului, linie care poartă numele de linie nazo-geniană. La acest nivel ia naștere un unghi diedru, format — de o parte — de versantul respectiv al piramidei nazale și — de partea cealaltă — de suprafața geniană.

În profunzime, piramida nazală se întinde pînă la nivelul foselor nazale.

Forma nasului este aceea a unei piramide triunghiulare situate vertical, cu vîrful cranial și baza caudal. Vîrful ei se unește cu fruntea la nivelul incizurii nazo-frontale, iar baza se îmbină cu buza superioară la nivelul unghiului nazo-labial.

Piramida nazală prezintă două fețe laterale, separate pe linia mediană de creasta dorsală sau dorsul nasului, aripile nasului, lobulul și rădăcina nasului. Fețele laterale, de formă trapezoidală, sînt delimitate cranial de incizura nazo-frontală, la bază — de marginea inferioară a cartilagiilor alare, anterior — de dorsul nasului sau creasta dorsală a nasului, iar lateral — de linia nazo-geniană.

Suprafața laterală a piramidei nazale este divizată de un șanț transversal, oblic, în două părți ; partea superioară este numită corpul nasului, iar cea inferioară, aripa nasului.

Scanned with OKEN Scanner

Aripile nasului sînt situate la baza piramidei nazale și sînt despărțite de corpul nasului printr-un șanț transversal, oblic, care pornește din șanțul nazo-labial. Limita lor inferioară conturează narinele și, deci, partea antero-inferioară a nasului.

Baza nasului, de formă triunghiulară, plasată imediat deasupra buzei superioare, o constituie narinele, delimitate anterior de lobulul nazal, lateral — de aripile nasului (marginea lor inferioară), iar posterior — de marginea proeminentă posterioară a narinelor.

Rădăcina nasului este formată din incizura nazo-frontală.

Dorsul nasului sau creasta dorsală a nasului este situată pe linia mediană și desparte cei doi versanți laterali ai piramidei nazale. Creasta nazală se întinde de la incizura nazo-frontală pînă la lobulul nazal ; ea joacă un mare rol în aspectul nasului și, deci, constituie un element important în chirurgia corectoare. Creasta nazală poate fi dreaptă (nasul ideal), convexă (nasul cocoșat), concavă (nasul în șa) sau deviată și sinuoasă.

Un mare rol în conformația estetică a nasului îl joacă unghiul nazal al profilului, ce trebuie să fie în jur de 30 de grade. Acest unghi rezultă din unirea unei linii imaginare care coboară vertical de la rădăcina nasului pînă la bărbie, cu una ce urmează dorsul nasului și se întîlnește cu prima la nivelul incizurii nazo-frontale. Unghiul nu trebuie să depășească limitele cuprinse între 27 și 37 de grade.

Lobulul nasului, care — așa cum s-a arătat — delimitează caudal creasta dorsală a nasului, iar anterior baza nasului, are conformații diferite, ce imprimă nasului aspecte variate. El poate fi ascuțit, globulos, alungit, căzut sau ridicat. Cunoașterea perfectă a structurii anatomice, îndeosebi a suportului cartilaginos al lobulului nazal, permite executarea intervențiilor corectoare cu rezultate foarte bune.

Din punctul de vedere al structurii anatomice se diferențiază două planuri : unul superficial, format din țesuturile moi, și altul profund, care constituie scheletul osteocartilaginos. În cadrul planului superficial

Fig. 1. Piramida nazală văzută din profil

Scanned with OKEN Scanner

se distinge în primul rînd pielea, stratul cel mai superficial. La nivelul aripilor nasului și al lobulului nazal ea conține numeroase glande sebacee, care — printr-un proces de hipertrofie — pot produce acneea hipertrofică sau rinofima. În regiunea scheletului osos pielea este mobilă pe planurile profunde, iar stratul de țesut celular subcutanat foarte subțire. Pielea de pe scheletul cartilaginos aderă la planurile subiacente și țesutul celular subcutanat lipsește aproape complet.

Stratul muscular este format din mai mulți mușchi rudimentari : piramidalul, transversul nasului, mirtiformul, dilatatorul narinelor și ridicătorul comun al aripii nasului și buzei superioare.

Piramidalul este un mușchi mic, alungit în sus, vertical, care se situează pe dorsul nasului și în regiunea intersprîncenoasă. Inserțiile inferioare ale lui se află pe fața laterală a cartilajelor triunghiulare și pe marginea inferioară a oaselor nazale. Fasciculele piramidalului se îndreaptă vertical către regiunea intersprîncenoasă, unde întîlnesc fasciculele interne ale frontalului, cu care se întrepătrund pentru a se termina — și unele și altele — pe fața profundă a tegumentelor. Piramidalul, inervat de nervul facial, și anume de filete supraorbitare din ramura de bifurcație superioară, este antagonist mușchiului frontal, prin contracțiile sale atrăgînd în jos pielea din regiunea sprîncenoasă.

Transversul este un mușchi triunghiular, așezat pe partea cartilaginoasă a nasului. Inserțiile bazei mușchiului transvers se fac pe dorsul nasului, unde se unesc cu aponevroza din partea opusă. Partea anterioară a mușchiului, care constituie și baza sa, este aponevrotică. Ea se continuă cu fasciculele de tip musculos, ce se îndreaptă, în jos, în afară și înapoi, către șanțul aripii nasului, unde se împarte în două grupe, inserate diferit. Cele anterioare se unesc cu fața profundă a tegumentelor, iar cele posterioare se continuă cu fasciculele externe ale mușchiului mirtiform. Prin acțiunea sa, transversul formează riduri verticale ale tegumentelor din regiunea aripii nasului, iar prin fasciculele posterioare, care se contractă o dată cu mirtiformul, aplatizează aripa nasului micșorînd orificiul narinar. Inervația mușchiului este aceeași ca a piramidalului.

Mirtiformul este un mic mușchi plat, situat înapoia buzei superioare și dedesubtul narinelor. Inserțiile sale inferioare se găsesc pe maxilarul superior, la nivelul fosetei mirtiforme și a proeminenței caninului. Superior, fibrele mușchiului se îndreaptă către orificiul foselor nazale, desfăcîndu-se ca un evantai în trei grupe. Fibrele interne se inseră pe subcloazon, cele mijlocii se atașează marginii posterioare a cartilajului aripii nasului, iar fibrele externe înconjoară cartilajul și se îndreaptă în sus și înăuntru, continuîndu-se cu fasciculele posterioare ale transversului. În mare, acțiunea mușchiului mirtiform este de a coborî aripa nasului și de a strîmta narinele.

Dilatatorul narinelor este un mușchi plat, situat pe partea inferioară a aripii nasului. Fibrele sale se fixează înapoi, pe marginea posterioară a cartilajului aripii nasului și pe partea corespunzătoare a maxilarului superior ; de acolo se îndreaptă anterior, după ce descrie o curbă cu concavitatea în jos, și ajung să se insere pe fața profundă a epidermei ce acoperă marginea externă a narinei. Dilatatorul este anta-

Scanned with OKEN Scanner

gonist mușchiului mirtiform. Deoarece are un punct fix posterior, trage în afară aripa nasului, lărgind astfel transversal narinele.

Mușchiul ridicător comun al aripii nasului și al buzei superioare este plat, subțire și se întinde de la unghiul intern al ochiului la buza superioară. Cranial se inseră pe fața externă a apofizei ascendente a maxilarului superior, uneori pe oasele proprii nazale sau pe apofiza orbitară internă a frontalului. Fasciculele musculare coboară apoi pînă la baza nasului, în două grupe : unele interne, ce se fixează pe pielea părții posterioare a aripii nasului, iar altele externe, care — după ce încrucișează orbicularul — se fixează în fața profundă a epidermei buzei superioare. Este inervat de facial, și anume din filetele suborbitare a ramurii sale temporofaciale.

Vasele care nutresc planurile superficiale ale piramidei nazale sînt numeroase, ceea ce explică și prinderea grefelor în proporție mare. Arterele din regiunea superioară a piramidei nazale provin din artera nazală, care este o ramură a arterei oftalmice. Partea inferioară a piramidei nazale este irigată, ca și părțile laterale, de artera provenind din artera dorsală a nasului și din cea a subcloazonului, care sînt ramuri ale arterei faciale. Venele din acest teritoriu se varsă în vena facială și cea unghiulară.

Limfaticele sînt distribuite într-o bogată rețea, care se dirijează către ganglionii submaxilari și suprahioidieni mediani. Nervii motori ai mușchilor piramidei nazale își au originea în nervul facial, iar cei senzitivi, în nazalul extern, ramură a nervului nazal, care se formează din oftalmic. Inervația senzitivă mai este asigurată de nervi ce provin din suborbitar și nazolobar, ramuri ale nazalului intern.

În cadrul planului profund, ce alcătuiește scheletul osteocartilaginos, se disting oasele și cartilajele, care formează și susțin piramida nazală. Atît oasele, cît și cartilajele sînt învelite în cîte o membrană fibroasă, numită periost, respectiv pericondru.

Oasele piramidei nazale sînt alcătuite din cele două oase proprii și din apofizele ascendente și palatine ale maxilarului superior.

Oasele proprii, de formă patrulateră, cu latura inferioară mai mare, se găsesc în partea superioară a piramidei nazale și se unesc între ele pe linia mediană, formînd creasta dorsală superioară a nasului.

Fața externă sau anterioară a oaselor este în partea inferioară convexă, iar în cea superioară, concavă ; fața internă ori posterioară a lor este concavă.

Marginea superioară a oaselor, care se articulează cu latura anterioară a frontalului, este mai groasă și dantelată. Articulația cu osul frontal, fiind destul de solidă, creează dificultăți cînd se intenționează — după osteotomie sau fracturare — apropierea oaselor proprii pe linia mediană. Marginea inferioară se unește cu cartilajul triunghiular și este foarte neregulată și subțire. Cea externă se articulează cu ramura ascendentă a maxilarului superior, iar cea internă — groasă și rugoasă — cu marginea internă a osului propriu nazal.

Apofiza ascendentă a maxilarului superior este un os de formă alungită, mai lat la bază decît la vîrf. Baza ei se confundă cu osul maxilar superior, din care se ridică. La vîrf apofiza se îngroașă, iar extremitatea ei superioară — care se articulează cu apofiza orbitară

Scanned with OKEN Scanner

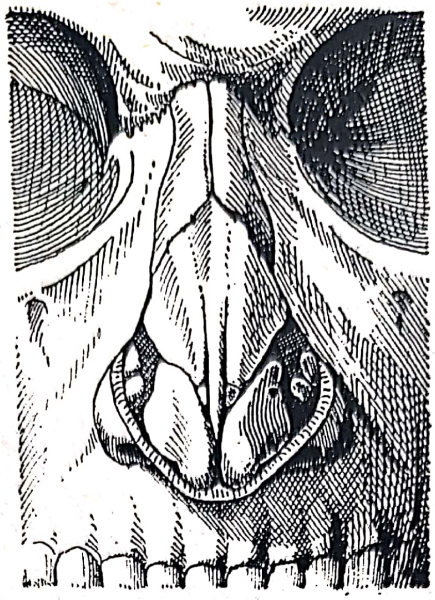


Fig. 2. Scheletul osteocartilaginos nazal (după Buzoianu)

internă a osului frontal — este dantelată. Pe fața externă a apofizei ascendente se inseră extremitatea superioară a mușchiului ridicător comun al aripii nasului și al buzei superioare. Marginea anterioară a apofizei este rugoasă și se articulează cu osul nazal propriu.

Apofiza palatină a maxilarului superior este plată, de forma unui patrulater. Fața ei superioară alcătuiește planșeul foselor nazale, iar cea inferioară, bolta palatină. Marginea externă a apofizei palatine se formează din maxilarul superior. Latura internă, foarte rugoasă și mai groasă în partea sa anterioară, se unește cu apofiza palatină de partea opusă, articulîndu-se pe linia mediană. Anterior, îmbinîndu-se cu semispina apofizei, configurează spina nazală anterioară sau inferioară. Marginile anterioare ale celor două apofize palatine, care se articulează pe linia mediană, iau parte la crearea orificiului anterior al foselor nazale.

Cartilajele constituie al doilea element din structura scheletului piramidei nazale. Ele sînt principale — cartilajul patrulater sau septal — și accesorii. La rîndul lor, cartilajele laterale se împart în superioare sau triunghiulare și inferioare ori alare.

Cartilajul patrulater sau septal este plasat pe linia mediană, constituind un suport al porțiunii anterioare nazale. De aceea rezecția prea întinsă a lui provoacă prăbușirea regiunii cartilaginoase nazale.

Cartilajele superioare, de formă triunghiulară, se află imediat sub oasele proprii nazale și se îmbină amîndouă pe linia mediană, alcătuind dorsul nasului pînă la nivelul lobulului nazal.

Cartilajele alare au fiecare cîte două părți : una laterală, care se prelungește printr-o coadă pînă la regiunea posterioară a narinei, reprezintă elementul esențial ce conturează vestibulul nazal ; cealaltă, mediană, împreună cu perechea ei, opusă, formează subcloazonul. Lateralele și medianele se unesc anterior sub forma unei arcade, care configurează proeminența vîrfului nasului.

Scanned with OKEN Scanner

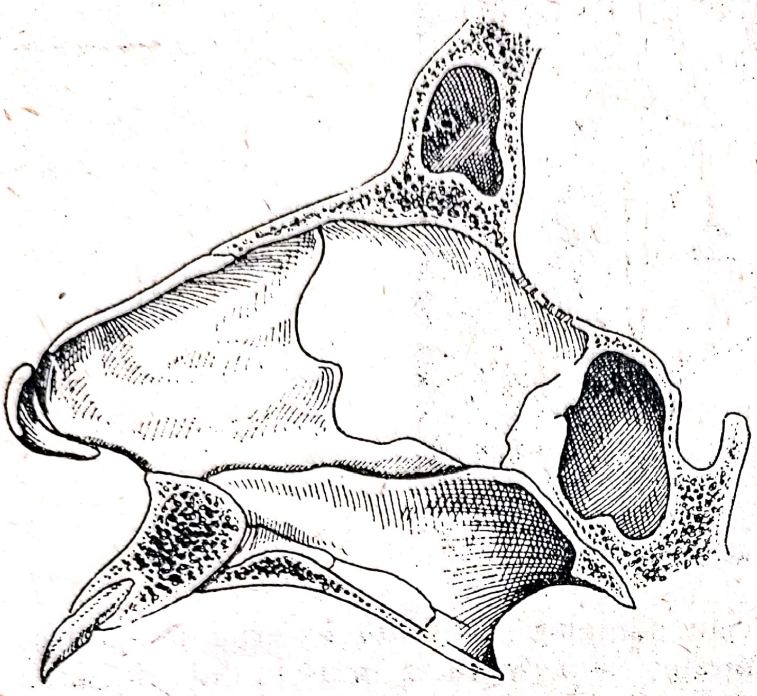


Fig. 3. Scheletul septului nazal (după Buzoianu)

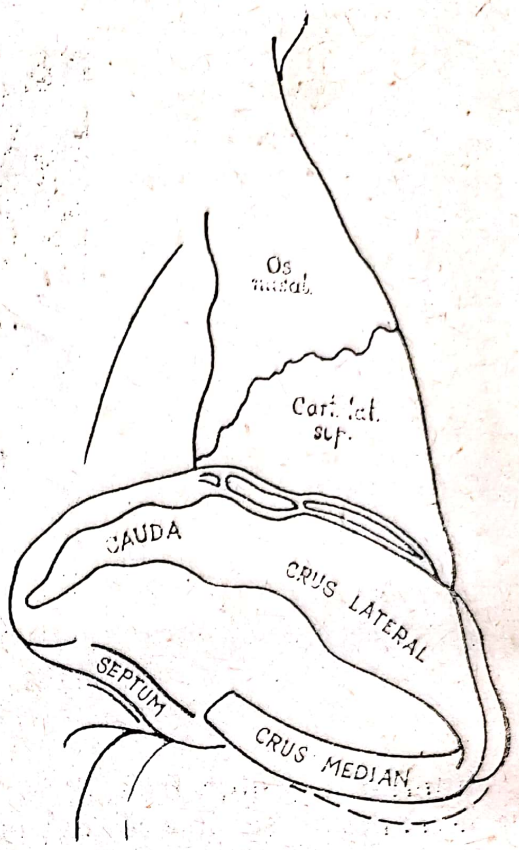


Fig. 4. Cartilajele piramidei nazale văzute din profil (după G. Jost și F. Legent)

Cartilajele accesorii se situează între cartilajul triunghiular și cel alar, fiind de forme diferite.

Articulațiile unesc oasele și cartilajele care formează scheletul piramidei nazale, dînd rezistență acestei proeminențe anatomice. Ele fac legătura între :

— oasele proprii nazale și cartilajul superior (triunghiular) ; sînt articulații destul de solide, care pot fi însă dezarticulate prin lovituri sau manevre violente ;

— cartilajele triunghiulare și cele alare (unesc margine de margine cele două cartilaje fie direct, fie — de cele mai dese ori — prin intermediul cartilajelor accesorii) ;

— sept și cartilajele triunghiulare. Este o articulație solidă ; spre vîrful cartilajului triunghiular lasă un loc între acesta și domul cartilajelor alare, unde se găsesc unul sau mai multe cartilaje sesamoide ;

— sept și cele două părți mediane ale cartilajelor alare. Fiind laxă, permite septului să se insinueze între cele două părți mediane ale cartilajelor alare și conferă, în același timp, mobilitate mare subcloazonului.

Așa cum s-a menționat, atît oasele, cît și cartilajele sînt învelite pe ambele fețe de o membrană fibroasă, care unește între ele toate elementele scheletului osteocartilaginos al piramidei nazale. Membrana ce îmbracă oasele poartă numele de periost, iar cea care acoperă cartilajele, pericondru. Sub planul pericondro-periostic, în profunzime, se află mucoasa, partea anterioară a mucoasei pituitare. La nivelul vestibu-

Scanned with OKEN Scanner

lului nazal este o zonă de trecere între piele și mucoasa propriu-zisă. În regiunea posterioară și în dreptul plafonului foselor nazale se situează mucoasa olfactivă. Sub mucoasa ce acoperă pericondrul și periostul este un plan de clivaj greu de abordat, în care dacă se pătrunde există riscul perforării mucoasei. În schimb, cel situat între os, pe de o parte, și periost și pericondru, pe de altă parte, poate fi accesibil cu riscuri mai mici.

1.2. FOSELE NAZALE

Fosele nazale sînt două culoare turtite lateral, cu axul lung situat pe direcția anteroposterioară, care comunică anterior cu exteriorul prin vestibulul nazal. Posterior, ele se deschid în nazofaringe, prin două orificii numite coane.

Fosele nazale sînt situate între baza craniului și cavitatea bucală. Lateral, se învecinează cu cavitățile orbitare și maxilarul superior.

Pereții foselor nazale sînt formați, în cea mai mare parte, dintr-un schelet osos, care — în partea antero-inferioară — se continuă cu un schelet cartilaginos, formînd partea mobilă a piramidei nazale, denumită și blocul mobil. Oasele ce delimitează fosele nazale sînt : maxilarul superior lateral, etmoidul cranial, osul palatin caudal, vomerul și cornetul inferior.

În interior fosele nazale sînt căptușite cu o membrană, mucoasa pituitară, care aderă intim la periost și pericondru, urmînd toate anfractuozitățile pereților. Anterior, mucoasa pituitară se continuă cu tegumentele vestibulelor nazale ; posterior, dincolo de orificiile coanale, cu mucoasa nazo-faringelui, iar la nivelul sinusurilor paranazale, cu mucoasa de pe orificiile de comunicare.

Mucoasa pituitară este de culoare roșu deschis, datorită vascularizației sale foarte bogate. În regiunea postero-superioară, unde este situată zona olfactivă, capătă un aspect fin gălbui, care este mai puțin perceptibil la om decît la unele animale. Mucoasa mai cuprinde foarte multe glande, situate în grosimea ei, care este de aproximativ doi milimetri.

Peretele lateral sau extern al foselor nazale are două zone bine distincte din punct de vedere al conformației anatomice. Partea anterioară, denumită preturbinală, de aspect neted, se întinde de la nivelul părții interioare a crestei dorsale a nasului pînă în regiunea capetelor cornetelor. Scheletul ei este format din oasele proprii nazale și apofiza ascendentă a maxilarului superior. La unii indivizi zona preturbinală prezintă o proeminență atenuată, care este produsă de prelungirea anterioară a unor celule etmoidale — numite *agger nasi* — la nivelul capului cornetului mijlociu.

Partea posterioară a peretelui extern nazal, denumită și regiunea turbinală, are un aspect foarte anfractuos, datorită prezenței cornetelor și a meatelor care se găsesc situate la acest nivel. Cornetele — inferior, mijlociu și superior — reprezintă elemente anatomice cu înfățișare de streașină, care au una din laturi fixată de peretele extern al fosei

Scanned with OKEN Scanner

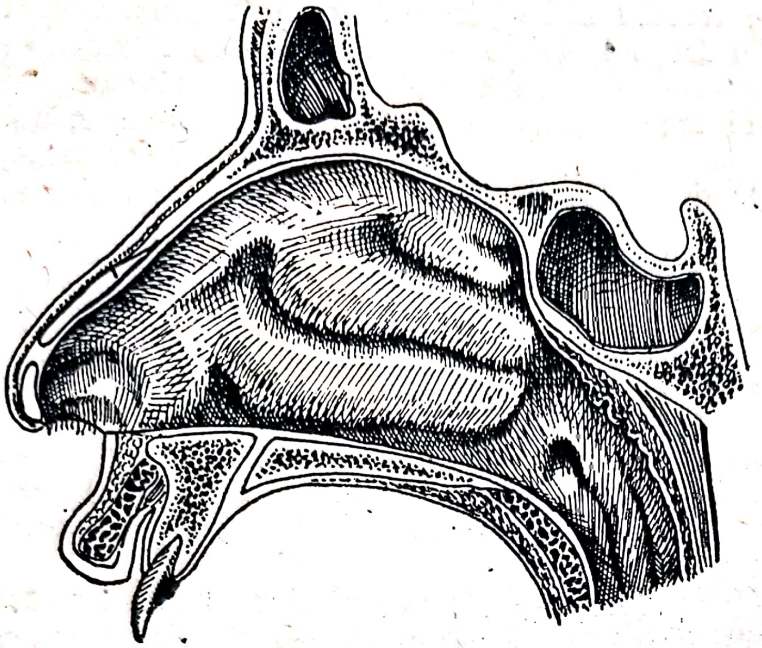


Fig. 5. Peretele extern al foselor nazale (după Buzoianu)

nazale ; celelalte laturi, împreună cu suprafețele superioare și inferioare sînt libere în interiorul foselor nazale. Între cornete există spații, ce poartă numele de meate. Uneori, deasupra cornetului superior mai este un cornet, de dimensiuni foarte mici.

Cornetele prezintă o parte anterioară mai voluminoasă, numită capul cornetului, o parte mijlocie — corpul și extremitatea posterioară — coada.

Cornetul inferior este cel mai voluminos dintre toate. Scheletul său este format dintr-un os propriu. Mucoasa pituitară, care îl acoperă, este bogată în țesut erectil, îndeosebi în regiunea capului și regiunii mijlocii convexe. Extremitatea posterioară a cornetului inferior se situează la numai un centimetru de orificiul faringean, fapt ce explică influența puternică pe care o are hipertrofia cozilor de cornet asupra trompelor.

Meatul inferior se găsește între peretele extern al fosei nazale, în partea sa inferioară, și fața inferioară a cornetului inferior. Peretele extern al meatului inferior este format din fața internă a maxilarului superior, în afară de porțiunea posterioară, pe care o configurează osul palatin.

La nivelul unirii treimei anterioare cu treimea mijlocie a meatului inferior se deschide canalul lacrimo-nazal.

Cornetul mijlociu are același aspect cu cornetul inferior, numai că este mai puțin voluminos. Extremitatea sa anterioară, nefiind fixată la peretele lateral, acoperă ca un opercul meatul mijlociu, pe care — uneori, cînd marginea inferioară este mai răsucită — îl transformă într-o formațiune cu înfățișare de chist, numită *conca bulosa*. Extremitatea posterioară nu influențează orificiul faringean al trompei în procesele de hipertrofie a cozii cornetului mijlociu, deoarece se găsește la o distanță de aproximativ un centimetru și jumătate de ea.

Scanned with OKEN Scanner

Fanta care desparte partea convexă a cornetului mijlociu de septul nazal se numește olfactivă sau *rima nasi*. La acest nivel se face delimitarea între etajul inferior sau respirator și etajul superior ori olfactiv.

Meatul mijlociu are un perete extern foarte accidentat. El prezintă două proeminențe, separate între ele printr-un șanț numit *hiatusul semilunar*. Proeminența superioară, care poate avea dimensiuni diferite, poartă numele de *bula etmoidală*, iar cea situată sub hiatusul semilunar, *apofiza unciformă*.

În hiatusul semilunar — sau șanțul infundibular, deoarece prelungește infundibilul sinusului frontal — se deschide, prin ostiumul maxilar și încă două sau trei celule etmoidale, sinusul maxilar ; în partea anterioară a hiatusului semilunar comunică canalul nazofrontal.

Bula etmoidală este o proeminență de mărime și forme foarte variabile. Ea nu este altceva decît conturul a cîtorva celule etmoidale, numite și celulele bulei etmoidale, care — atunci cînd atinge dimensiuni mai mari — împing cornetul mijlociu spre sept, făcîndu-l să intre în contact cu acesta. În acest caz *rima nasi* este strîmtată sau dispare, creînd dificultăți în olfacție. Celulele ce concură la formarea bulei etmoidale se deschid în șanțul bulei sau suprabular.

Scheletul cornetului mijlociu este format în partea anterioară de apofiza ascendentă a maxilarului superior, în cea mijlocie de osul etmoid, iar în partea posterioară, mai puțin întinsă, de osul palatin.

Mucoasa pituitară, care acoperă cornetul mijlociu, este groasă și foarte bine vascularizată la nivelul capului cornetului, feței și marginii inferioare. La nivelul meatului este subțire, dar poate suferi modificări patologice, cum sînt degenerescențele polipoide.

Meatul mijlociu reprezintă cheia patologiei rino-sinuzale, el fiind locul de deschidere a sinusului frontal, maxilar și etmoidal anterior. Tot în meatul mijlociu, în partea sa posterioară, comunică orificiul accesoriu al sinusului maxilar, orificiul lui Giraldès. Peretele anfractuos al acestui meat favorizează procese patologice, care — afectînd mucoasa — permite transmiterea infecțiilor prin căile naturale la sinusurile paranazale.

Cornetul superior nu se poate observa prin rinoscopie anterioară, deoarece este foarte mic, ci doar prin rinoscopie posterioară. El nu are decît partea posterioară liberă. Se mai numește cornetul lui Morgagni. Meatul superior nu este altceva decît un șanț, în care se deschid trei orificii, prin care comunică cu celulele etmoidale posterioare. La extremitatea posterioară a meatului se mai deschide orificiul sfeno-palatin. Scheletul meatului superior aparține etmoidului, meatul fiind în raport cu celulele etmoidale și, prin intermediul acestora, cu orbita.

Mucoasa ce acoperă fața internă a cornetului superior constituie pata galbenă, cu rol în perceperea mirosului.

Cel de al patrulea cornet, care se mai numește și cornetul lui Santorini, nu este întîlnit la toți indivizii. El apare ca o ușoară proeminență, ce nu este văzută prin rinoscopia anterioară. Meatul al patrulea are aspectul unei mici depresiuni. În el se deschide celula etmoido-sfenoidală.

Peretele intern al foselor nazale sau septul nazal este de forma unei lame, cu grosimea de patru pînă la șase milimetri și lungimea de aproximativ opt centimetri. Înălțimea lui poate atinge cinci centimetri.

Scanned with OKEN Scanner

Septul nazal are un schelet osteocartilaginos, acoperit de periost și pericondru ; peste periost și pericondru se întinde mucoasa pituitară. La nivelul cornetului mijlociu mucoasa pituitară prezintă o îngroșare orizontală, tuberculul septal, care delimitează — cu cornetul mijlociu din fața sa — fanta olfactivă sau *rima nasi*. Tuberculul septal este prevăzut cu un mare număr de glande. El nu are o componență scheletică.

La adult peretele septal prezintă, în foarte multe cazuri, deviații de diferite forme, creste septale sau pinteni, care îngustează fosele nazale și produc o insuficiență nazală respiratorie, cu toate consecințele ce derivă din aceasta, necesitînd intervenții corectoare ale septului.

Scheletul osteocartilaginos al septului nazal este compus din patru piese : două osoase și două cartilaginoase. Componentele osoase sînt lama perpendiculară a etmoidului și vomerul.

Lama perpendiculară a etmoidului este foarte subțire, de formă patrulateră, cu axul longitudinal antero-posterior. Cele două fețe ale sale corespund foselor nazale în porțiunea lor cranială. Marginea superioară, în partea sa posterioară, ia contact cu lama ciuruită a etmoidului, iar în partea anterioară, cu peretele inferior al sinusului frontal. Marginea posterioară corespunde peretelui anterior al sinusurilor sfenoidale, cea anterioară, suturii celor două oase proprii nazale, iar marginea inferioară, cea mai mare parte vine în contact cu cartilajul patrulater și vomerul.

Vomerul este osul care constituie elementul cel mai rezistent al septului. Forma sa se aseamănă cu cea a fierului de plug. Marginea anterosuperioară a vomerului vine în contact cu cartilajul patrulater, iar posterior ajunge pînă la lama perpendiculară a etmoidului. Extremitatea posterosuperioară, de mică întindere, se sprijină pe peretele anterior al sinusurilor sfenoidale ; cea posteroinferioară formează peretele despărțitor dintre cele două coane ; latura inferioară se lipește de apofizele palatine ale maxilarului superior și de creasta nazală. Anterior osul vomer se prelungește pînă la spina nazală anteroinferioară. După vîrsta de cincisprezece ani el se sudează cu osul subvomerian.

Componentele cartilaginoase ale septului nazal sînt cartilajul patrulater, ce formează o parte întinsă a scheletului septal, și cele două părți mediale ale cartilajelor alare, care — împreună — alcătuiesc subcloazonul.

Cartilajul patrulater, așa cum îi arată și numele, are o formă patrulateră. Din unghiul posterior, însă, trimite o prelungire, care se insinuează între lama perpendiculară a etmoidului și vomer, pînă aproape de marginea posterioară a acestora, unde — pe o porțiune limitată — le permite să vină în contact. Posterosuperior se învecinează cu lama perpendiculară a etmoidului, posteroinferior vine în contact cu vomerul, iar în porțiunea anterosuperioară atinge latura anterosuperioară a cartilajelor triunghiulare. Anteroinferior, prin intermediul unui țesut lax, se continuă cu subcloazonul, care are o mobilitate mare în toate direcțiile și este format din cele două părți mediale ale cartilajelor alare.

Mucoasa pituitară ce acoperă septul este netedă și bogat vascularizată. La aproximativ un centimetru de spina nazală anterioară se găsește pata vasculară Valsalva-Kisselbach, care este o zonă puternic vascularizată și unde se produc cel mai frecvent epistaxisurile. Mu-

Scanned with OKEN Scanner

coasa aderă bine la periost și pericondru, nepermițînd crearea unui spațiu de clivaj între ele, așa cum se întîmplă între pericondru—periost și cartilaj—os.

Peretele superior sau tavanul foselor nazale are o formă turtită, formînd un șanț cu o concavitate dublă sagitală și transversală, care nu are aceeași lățime pe toată întinderea sa. Mai lat posterior, ajunge ca anterior să se prezinte sub forma unui unghi ascuțit. El are trei părți : segmentul ascendent (anterior sau nazal), orizontal (mijlociu ori frontoetmoidal) și descendent (posterior).

Segmentul ascendent (anterior sau nazal) formează partea superioară a piramidei nazale și este direcționat oblic, de jos în sus și dinainte înapoi.

Segmentul orizontal (mijlociu ori frontoetmoidal) este conturat de spinele frontalului, de marginea inferioară a frontalului și de lama ciuruită a etmoidului.

Fosele nazale sînt despărțite de meninge prin lama ciuruită a etmoidului ; fiind foarte subțire, ea permite fracturarea ei în traumatismele anterioare ale bazei craniului și de aici deci posibilitatea de interesare a meningelui într-un proces infecțios, cu punct de plecare fosele nazale.

Segmentul descendent sau posterior corespunde feței anterioare a corpului sfenoidal, unde se deschide orificiul sinusului sfenoidal.

Recesusul etmoido-sfenoidal, situat între sfenoid și lama ciuruită a etmoidului, este partea infundibuliformă cea mai posterioară a foselor nazale.

Peretele inferior sau planșeul foselor nazale este format din apofizele orizontale ale maxilarului superior și cele ale oaselor palatine. Are forma unui culoar, cu axul longitudinal anteroposterior, în lungime de aproximativ șase centimetri. Lățimea diferă după nivelul la care este măsurată. Dacă anterior este de cinci sau șase milimetri, pe la mijloc planșeul atinge cincisprezece ori șaptesprezece milimetri, pentru ca posterior să se reducă din nou, avînd aproximativ zece pînă la doisprezece milimetri.

Anterior, planșeul foselor nazale se întinde pînă la marginea anterioară alveolară a maxilarului superior, iar posterior ajunge pînă la partea inferioară a orificiilor coanale. Inferior planșeul foselor nazale corespunde boltei palatine, iar lateral, sinusurilor maxilare.

În afară de cei patru pereți care delimitează fosele nazale, trebuie descrise și cele două orificii, cel anterior prin care comunică cu exteriorul și cel posterior prin care fosele nazale vin în legătură cu nazofaringele.

Vestibulul nazal este o formațiune anatomică situată în partea anterioară a foselor nazale, care constituie elementul intermediar de trecere de la exterior la fosele nazale propriu-zise. Ca dimensiuni, are lungimea de aproximativ douăzeci și cinci de milimetri, înălțimea de circa cincisprezece milimetri, iar lățimea de șaptesprezece milimetri. Limita inferioară a vestibulului nazal se confundă cu orificiul extern al vestibulului nazal iar limita superioară este jalonată de pliul ce desparte marginea superioară a aripii nasului de marginea inferioară a cartilajului triunghiular. Interiorul vestibulului nazal este căptușit cu tegumente,

Scanned with OKEN Scanner

care către orificiul extern se îngroașă și sînt prevăzute cu foliculi piloși — mai mult ori mai puțin abundenți —, ce au rol de protecție și purificare a aerului inspirat.

Peretele intern al vestibulului nazal are două zone. Una inferioară, situată la nivelul subcloazonului, care este căptușită cu tegumente groase și prevăzută cu foliculi piloși, și alta plasată deasupra acesteia, care corespunde părții anteroinferioare a septului nazal și este acoperită cu o membrană mucoasă de tranziție.

Peretele extern are, de asemenea, două zone. Una inferioară, corespunzînd regiunii situate inferior față de cartilajele alare, care este acoperită cu tegumente groase, prevăzute cu glande sebacee și foliculi piloși, și alta, poziționată deasupra, la nivelul cartilajelor alare, constituind o zonă de tranziție fără foliculi piloși.

Orificiile externe ale vestibulului nazal au o formă ovalară și sînt separate între ele de subcloazon. Ele fac comunicarea vestibulelor nazale cu exteriorul. În partea anterioară și deasupra orificiului inferior se află un reces, care prelungește anterior, în concavitatea lobulului, partea anterioară a vestibulului nazal. Această prelungire vestibulară în lobul se numește ventriculul lobulului nazal și este formată de domul ce unește cele două părți — laterală și medială — ale cartilajelor alare.

Orificiile superioare ale vestibulului nazal comunică cu fosele nazale prin cîte o fantă îngustă anteroposterioară.

Orificiile coanale sau posterioare ale foselor nazale au aspectul ovalar și se pot vedea prin rinoscopie posterioară. Axul longitudinal este vertical și de aproximativ douăzeci de milimetri, iar cel orizontal atinge abia doisprezece milimetri. Partea superioară a orificiilor coanale este formată de bolta faringelui, iar cea inferioară, de vălul palatului.

Unele conformații mai strîmte ale cavum-ului sau prezența unor reflexe exagerate îngreuiază examinarea orificiilor coanale; de asemenea, hipertrofia cozilor de cornete ori prezența în cavum a tumorilor benigne sau maligne.

Cele două orificii coanale sînt despărțite de marginea posterioară a septului nazal; exterior, ele sînt delimitate de șanțul faringo-nazal.

Uneori se întîlnesc, ca malformații congenitale, imperforația coanală, care împiedică respirația fiziologică prin fosele nazale, creînd mari dificultăți în alimentația sugarului și în desfășurarea actului respirator încă de la naștere.

Vascularizația arterială a piramidei și foselor nazale este asigurată prin sistemele arteriale carotidiene extern și intern.

Artera sfenopalatină, care aparține sistemului arterial carotidian extern, reprezintă ramura terminală a arterei maxilare interne. Ea se divide în două ramuri — una internă pentru sept și alta externă, care asigură vascularizația peretelui extern al fosei nazale. Fiecare din aceste două ramuri se împarte la rîndul său în alte două ramuri terminale. Terminațiile ramurii externe vascularizează cornetele; cea internă dă o ramură care se anastomozează cu palatina descendentă.

Din artera facială se desprinde artera subcloazonului, care are ca teritoriu de irigare lobulul nazal și regiunea anterioară a septului. Tot din sistemul arterial carotidian extern mai fac parte artera nazală posterioară, precum și o serie de ramuri din arterele pterigopalatină și sub-

Scanned with OKEN Scanner

orbitară. Sistemul arterial carotidian intern este compus din arterele etmoidale anterioare și posterioare, ce sînt ramuri ale arterei oftalmice. Acestea se împart în două artere anterioare și două posterioare, fiecare din ele furnizînd ramuri interne pentru sept și ramuri externe pentru peretele extern al foselor nazale.

Sistemele arteriale carotidiene extern și intern se anastomozează la nivelul foselor nazale prin arterele etmoidale, care se unesc cu artera sfenopalatină și artera subcloazonului.

Sîngele venos din teritoriul foselor nazale circulă printr-un sistem care formează trei grupe. Unul anterior, ce se colectează în zona facială, unul posterior, care ajunge în plexul venos maxilar intern și un grup superior, ce se adună în vena oftalmică, o parte din acesta deschizîndu-se chiar în sinusul longitudinal superior. De aceea, infecțiile, fie chiar de mică importanță, situate în regiunea piramidei nazale — cum sînt foliculitele vestibulare sau furunculele vestibulare ori ale lobulului nazal — pot da complicații redutabile care să pună în primejdie viața bolnavului, întrucît există riscul să se propage la circulația venoasă a sinusurilor intracraniene și la meninge. Tot ca urmare a faptului că circulația venoasă nazală comunică cu cea intracraniană se explică și efectul binefăcător al epistaxisului la hipertensivi, care evită accidentul vascular cerebral.

În anumite zone ale mucoasei pituitare, și anume la nivelul cornetului inferior și mijlociu, precum și la cel al septului, se află formațiuni lacunare venoase, cu caracter erectil, care — fiind situate în zonele unde aerul inspirat vine mai mult în contact cu mucoasa nazală — au rolul să încălzească aerul rece, astfel încît să ajungă în căile aeriene inferioare cu o temperatură potrivită, care să nu producă afecțiuni virale sau de altă natură.

Sistemul limfatic al foselor nazale adună limfa — la nivelul ganglionilor retrofaringeeni și carotidieni superiori — din regiunea marelui corn al osului hioid. Excepție fac o parte din zona anterioară a foselor nazale și alta din cea a vestibulului nazal, care converg către ganglionii submaxilari.

Inervația senzitivă a piramidei și a foselor nazale este asigurată de primele două ramuri ale trigemenului — nervul oftalmic și nervul maxilar superior. Dintre cele trei ramificații ale nervului oftalmic — lacrimal, nervul frontal și nazociliar — numai ultimele două contribuie la inervația senzitivă a piramidei nazale. Nervul frontal, care are la rîndul său trei ramuri, nu ia parte la inervarea dorsului nasului decît prin cea supratrochleară, celelalte două inervînd fruntea. Nervul nazociliar contribuie, cu cele două ramificații ale sale, la inervația piramidei nazale. Una din ele, numită nervul etmoidal anterior, are o ramură nazală externă, care inervează fața laterală a piramidei nazale. A doua ramificație a nervului nazociliar, care este infratrochleară, asigură inervația senzitivă a părții laterale a rădăcinii nasului și a unghiului intern al orbitei.

Nervul infraorbitar, după emergența sa la nivelul găurii suborbitare, distribuie ramuri la nivelul pleoapei inferioare, buzei superioare, fațetelor externe și interne ale aripilor nasului și regiunii inferioare a septului nazal.

Scanned with OKEN Scanner

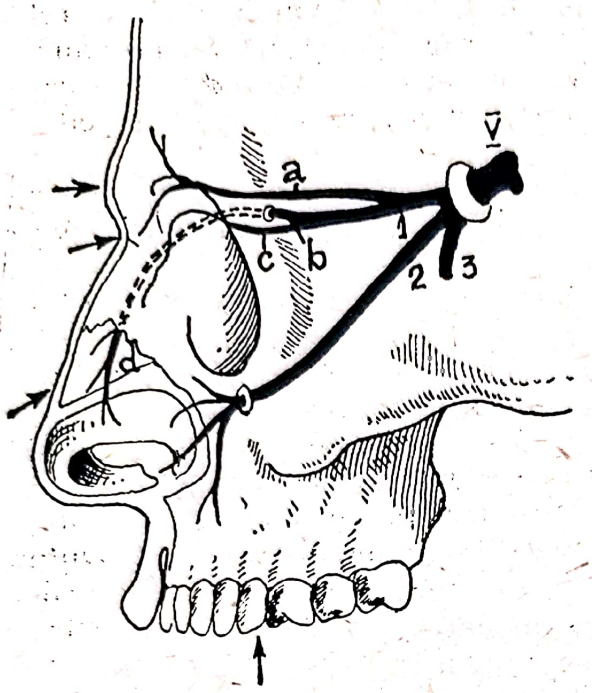


Fig. 6. Inervația senzitivă a piramidei nazale (după Sercer):

1, 2, 3 ramurile n. trigemen; *a)* n. frontal; *b)* n. nazociliar; *c)* ramura infratrohleară; *d)* ramura nazală externă

Inervația senzitivă a foselor nazale este asigurată de nervii: etmoidal și nazopalatin (peretele extern); nazopalatin, etmoidal și palatin anterior (septul nazal); nazopalatin și etmoidal (peretele superior); nazopalatin, palatin posterior și palatin anterior (planșeul foselor nazale).

Sistemul vegetativ de la nivelul foselor nazale este constituit din ganglionul sfenopalatin sau al lui Meckel, care dă ramura faringeană a lui Bock, ramuri orbitare, trei nervi palatini (anterior, mijlociu și posterior), precum și nervul sfenopalatin.

Sistemul simpatic provine din plexul pericarotidian și pericavernos, prin rădăcina simpatică a nervului vidian, anastomoza caroticogasseriană și teaca perivasculară a arterelor emanate din carotida externă, care cuprind plexuri bogate de fibre simpatice.

Sistemul parasimpatic al foselor nazale este asigurat de marele nerv petros superficial și de marele nerv petros profund, care sînt ramuri din facial și glosofaringean.

Inervația motorie a musculaturii pieloase ce se inseră pe aripile nasului este asigurată de nervul facial.

Sensibilitatea olfactivă se realizează prin intermediul nervului olfactiv, ale cărui ramuri sînt distribuite în toată zona olfactivă a foselor nazale, de unde culeg impresiile produse de particulele odorivectoare. Ramurile nervului olfactiv pătrund în orificiile lamei ciuruite a etmoidului și ajung la nivelul neuronilor din bulbii olfactivi. Nervul olfactiv, cu centrii săi ganglionari și corticali, formează analizatorul olfactiv.

Scanned with OKEN Scanner

2

BLOCUL OPERATOR

Sala de operat în care se efectuează intervențiile corectoare sau reparatoare ale piramidei nazale nu diferă de cea utilizată în chirurgia generală. Ea trebuie să aibă dimensiuni corespunzătoare, astfel încît masa de operat și aparatura necesară să nu fie înghesuite și să permită deplasarea degajată a personalului auxiliar în timpul desfășurării actului operator. Se recomandă ca pereții ei să fie acoperiți cu faianță, iar tavanul, vopsit în ulei, pentru a se putea curăți și dezinfecta ușor și des, fără a se degrada. De asemenea, pardoseala este bine să fie acoperită cu gresie sau mozaic.

Sala de operat nu se aglomerează inutil cu aparate și obiecte care nu sînt necesare în timpul actului operator, cum sînt dulapurile de instrumente ori de materiale (cîmpuri, halate, pansamente, fești, vată etc.). În sală se vor afla numai masa de operat, aparatura pentru narcoză, aparatul de electrocoagulare, lampa scialitică, un transformator cu lampă Clar și două mese de instrumente. La nevoie, se poate aduce un dispozitiv pentru perfuzie.

Chiuvetele pentru spălatul medicilor și al personalului medical auxiliar vor fi instalate într-o încăpere alăturată sălii de operat. De asemenea, dulapurile cu instrumentar, casoletele și alte materiale, dar într-una care să comunice cu sala de operat, astfel încît la nevoie instrumentarul și materialele să poată fi transportate într-un timp scurt. În fine, nu putem vorbi de blocul operator fără să amintim necesitatea existenței unei săli moderne de sterilizat atît instrumentarul, seringile, cît și compresele, halatele și cîmpurile.

Materialul de protecție (halate, galoși albi sau cizmulițe de pînză, măștile de operat, bonete și capeline) se va afla tot timpul într-o cantitate suficientă și în foarte bună stare. Personalul mediu care activează în cadrul blocului operator trebuie să fie de o înaltă competență profesională, instruit periodic și educat în spiritul desfășurării actului chirurgical în perfecte condiții de asepsie și antisepsie. Totodată, ordinea și disciplina sînt obligatorii în blocul operator. În tot timpul intervenției chirurgicale este necesar să fie evitate discuțiile care ar putea distrage atenția. Se recomandă să se vorbească liniștit, fără să se ridice tonul și în termeni civilizați. Stăpînirea de sine a chirurgului, autocontrolul în ceea ce privește atît desfășurarea actului chirurgical, cît și modul cum

Scanned with OKEN Scanner

își tratează colaboratorii, precum și necesitatea comportării acestora asemănător instrumentiștilor dintr-o orchestră fac ca atmosfera din sala de operat să fie relaxată, calmă și în interesul reușitei intervenției.

2.1. INSTRUMENTARUL ȘI MATERIALELE CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

În chirurgia corectoare și reparatoare a nasului se utilizează o serie de instrumente, din care unele sînt comune tuturor intervențiilor, iar altele, numai unora dintre ele.

Dintre instrumentele ce se întrebuințează mai în toate intervențiile amintim : bisturie fine, de pleoape, în coasă și cu lame schimbătoare de diferite mărimi ; foarfece drepte și curbe, cu un singur vîrf ascuțit sau bont ; forfecuțe cu ambele vîrfuri ascuțite, drepte și curbe, precum și forfecuțe cu vîrfurile boante ; depărtătoare Palmer ; specule nazale obișnuite ; ridicători pentru nas ; pense de disecție fine cu și fără dinți ; o pereche de croșete Gillies ; pense hemostatice cu brațe fine ; portace (tip Mayo-Hegar, Mathieu sau Reiner. Un portac mai deosebit este cel al lui Sheehan, care poartă și conduce acul, face nodurile și, în cele din urmă, secționează firul) ; două pense în baionetă, una cu dinți, alta fără.

Dintre instrumentele ce au întrebuințări speciale în diferite intervenții menționăm : pensa de redresare a oaselor piramidei nazale recent fracturate ; pensa cu brațe plate a lui Dufourmentel, căreia noi i-am adus o modificare lungindu-i brațele pentru a putea ajunge pînă la extremitatea proximală a oaselor proprii nazale (cînd producem fracturarea oaselor proprii nazale și a apofizelor ascendente ale maxilarului superior); diferite ferăstraie de rezecție a bosei piramidei nazale și a apofizelor ascendente ale maxilarului superior și ale oaselor proprii nazale ; pensa mușcătoare curbă lateral (modificată de autori prin lungirea brațelor mușcătoare, așa încît să cuprindă întreaga bosă osteocartilaginoasă) ; ștanța tip Joseph, ce are trei dimensiuni și este utilizată cînd cartilajele alare au o convexitate prea mare și dorim să le mai micșorăm pentru a realiza corecția convexității exagerate ; pila sau raşpelul tip Joseph, care se folosește la nivelarea zonei ce rămîne după rezecția bosei nazale ; dălți diferite, pentru rezecția bosei și a versanților laterali ai piramidei nazale ; ciocan, care se folosește în cazul rezecției bosei și a versanților laterali ai piramidei cu dalta ; diferite pense împrumutate din oftalmologie, utile în suturi fine cînd nu trebuie să traumatizăm tegumentele, mucoasele sau lambourile transplantate ; ace atraumatice.

Firele de sutură în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului au o mare importanță. De aceea, folosirea unui anumit gen de fire sau a altuia este în funcție de natura intervenției, de zona pe care se operează, precum și de țesutul ce se suturează.

Scanned with OKEN Scanner

Firele de sutură sînt de două feluri : anorganice și organice. Cele anorganice pot fi metalice și sintetice.

Firele anorganice metalice sînt folosite mai puțin în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului, avînd o serie de inconveniente. De exemplu, firele din argint nu sînt rezistente la tracțiune, iar cele din cupru sau bronz trebuie argintate. Agrafele sînt evitate din cauza cicatricelor inestetice pe care le dau.

Firele anorganice sintetice sînt mult utilizate. Ele sînt rezistente, elastice, neresorbabile și se sterilizează în foarte bune condiții.

Firele organice se împart în fire de origine animală — cum sînt catgutul (resorbabil), firul de Florența (este rigid și folosit mai mult ca dren), firele de păr de coadă de cal sau cel uman (permit suturi fine și estetice) — și fire de natură vegetală (bumbacul și inul).

2.2. MEDICUL OPERATOR

Medicul operator trebuie să fie un foarte bun profesionist, experimentat în chirurgia corectoare sau reparatoare a nasului. În afară de experiență îi sînt necesare o serie de calități, cum sînt : imaginația, simțul proporțiilor, cel estetic, inițiativa etc. El nu trebuie să se lase influențat de dorințele, uneori exagerate, ale bolnavilor, să nu promită nimic nereal cu privire la rezultatul final.

Chirurgul are obligația să cunoască starea de sănătate atît a organismului bolnavului, prin examene clinice și paraclinice, cît și a psihicului, cunoscut fiind faptul că aceștia au o labilitate psihică, sînt preocupați de infirmitatea lor și înclinați să dramatizeze situația.

Tot atît de important este ca medicul operator să studieze dismorfia de care bolnavul se plînge, să analizeze bine posibilitățile de realizare a unui nas cît mai apropiat de condițiile unei bune armonizări cu restul feței. De aceea sînt necesare măsurători, fotografii de față și profil, eventual mulaje sau copii după defectele tegumentare ce trebuie corectate, folosind hîrtie de calc, celofan ori alt mijloc care crede că l-ar putea ajuta în corecția sau reparația ce urmează s-o facă. Este bine ca studierea generală a bolnavilor, ca și cea locală s-o facă împreună cu medicul ajutor, care în timpul actului operator trebuie să cunoască intențiile operatorului, să-l ajute prompt și activ, astfel încît intervenția să decurgă în cele mai bune condiții.

În cazul cînd se apreciază că de la prima intervenție nu se poate obține rezultatul dorit sau, cum este cazul în chirurgie reparatoare, unde sînt necesare mai multe intervenții, trebuie spus de la început pacientului, pentru ca acesta să nu-și facă iluzii și în cele din urmă să fie dezamăgit.

2.3. MEDICUL AJUTOR

Medicul ajutor al chirurgului ce operează este necesar să fie, de asemenea, un bun profesionist în chirurgia estetică, să dispună de cali-

Scanned with OKEN Scanner

tăți care să-i permită practicarea acestei specialități și să cunoască în amănunțime modul de desfășurare și scopul propus ale fiecărei intervenții.

Examenul amănunțit al bolnavului — atît general, cît și local — este absolut obligatoriu să fie făcut și de ajutor, pentru a-și da seama de intervenția ce urmează să se facă și de ceea ce îi revine de rezolvat în timpul actului operator. El trebuie să fie de față în timpul executării măsurătorilor, a fotografiilor și a mulajelor ce vor orienta în stabilirea intervenției chirurgicale. Are sarcina să pună în temă și să instruiască personalul mediu din sala de operat și, în special, sora care pregătește instrumentarul asupra intervenției și să verifice dacă s-au pus la sterilizat toate instrumentele necesare.

Medicul ajutor supraveghează aducerea în sala de operare a bolnavului, dă indicații referitoare la așezarea și poziția acestuia pe masa de operat și informează cu privire la regiunea pe care se va opera, în vederea spălării bine cu apă și săpun și ștergerii întregii zone cu alcool, înainte de aplicarea cîmpurilor. El mai are obligația să stea de vorbă cu bolnavul înaintea intervenției, să-l încurajeze — fără a-i da detalii cu privire la actul chirurgical — și să-i cîștige încrederea în actul operator.

Pe parcursul intervenției, medicul ajutor urmărește timpii operatori, „ghicește" intențiile operatorului și îi previne gestul chirurgical prin acțiuni oportune, care să-l ajute în efectuarea actului operator. De felul cum ajutorul își îndeplinește obligațiile în timpul intervenției chirurgicale depinde nu numai buna și rapida desfășurare a acesteia, dar și calmul și liniștea de care, în special, operatorul are nevoie.

2.4. PERSONALUL MEDIU DIN SALA DE OPERAT

Din personalul mediu care activează în cadrul sălii de operat rolul cel mai important îl are sora care instrumentează în timpul intervenției. Ea trebuie să fie bine pregătită profesional și conștientă de misiunea pe care o are în desfășurarea actului chirurgical. Are datoria să cunoască instrumentarul ce aparține sălii de operat, întrebuințarea sa și să fie preocupată de buna lui utilizare, depozitare și păstrare.

Sora care instrumentează se informează cu o zi înainte cu privire la intervențiile ce au loc în ziua următoare, își pregătește trusele chirurgicale, le dă la sterilizat, împreună cu toate materialele necesare actului operator.

În sala de operat mai trebuie să fie prezentă o soră care îndeplinește o serie de atribuții, cum ar fi declanșarea electrocoagulării, așezarea lămpii Clar pe capul chirurgului, aducerea casoletelor etc.

2.5. EXAMENUL BOLNAVULUI

Examenul are o mare importanță în cunoașterea stării generale a bolnavului, a posibilităților acestuia de a suporta anestezia și intervenția

Scanned with OKEN Scanner

chirurgicală, precum și a datelor cu privire la deformația sau distrucția piramidei nazale.

Examenul general al bolnavului începe prin istoricul afecțiunii pentru care se prezintă să fie operat. Acesta este foarte important pentru medic, deoarece fractura recentă a oaselor piramidei nazale — de exemplu — se tratează într-un anumit fel, pe cînd cea veche, vicios consolidată, în altul. O anamneză bine condusă oferă rezultate deosebite în cunoașterea amănunțită a bolnavului, atît din punct de vedere organic, cît și psihic.

Relatările bolnavului trebuie să cuprindă date cu privire la perioada cînd s-a produs infirmitatea, dacă ea a fost provocată de traumatism, proces inflamator cronic sau tumoră operată. De asemenea, dacă s-au mai făcut intervenții anterioare pentru aceeași afecțiune al căror rezultat a nemulțumit pe bolnav și acum solicită o reintervenție.

Antecedentele eredocolaterale au și ele valoarea lor, ca în orice intervenție chirurgicală. Ca atare, se cer cunoscute, în măsura în care bolnavul poate furniza anumite informații în legătură cu factorul ereditar, cum ar fi — de exemplu — o conformație moștenită de la unul din părinți.

Antecedentele personale au o mare importanță să fie cunoscute. Este necesar să se afle afecțiunile de care a suferit, mai ales în cazul hepatitei sau al altei maladii ce necesită îngrijiri deosebite, ca și cele de care suferă (cardiacă, pulmonară, renală ori de altă natură), dacă are un teren alergic și la ce anume.

Examenele paraclinice oferă posibilitatea cunoașterii terenului ce urmează să fie operat. În afara celor de laborator, efectuate în scopul stabilirii constantelor biologice, este bine să se facă și anumite testări la unele medicamente, cum ar fi clorhidratul de procaină, pentru a nu avea surprize în administrarea anesteziei. Nu se va uita stabilirea grupei sanguine.

Examenul local are o mare importanță în precizarea deformației sau distrucției piramidei nazale, precum și a genului de intervenție care trebuie făcut. Medicul trebuie să constate în primul rînd dacă traumatismul este recent, poate fi corectat imediat, interesează numai scheletul osteocartilaginos al piramidei sau și tegumentele. Prin palpare, radiografii ori chiar după aspectul poziției piramidei el determină cînd este vorba de o fractură cu deplasare osoasă sau numai o fisură, cu menținerea fragmentelor osoase în poziție normală. Se va ține seama că în traumatismele vechi se pot produce calusuri vicioase, care îngroașă, sau deplasări ale piramidei și septului nazal, dînd malpoziții.

Trebuie să analizăm conformațiile ereditare cum sînt nasurile prea lungi sau prea scurte, nasuri cu aripi prea bombate.

În cazul afecțiunilor cronice dermatologice ale piramidei nazale, ca și în cel al distrucției prin intervenții chirurgicale pentru tumori maligne ori benigne este necesar să se decidă momentul cel mai bun de intervenit, cînd cazul este rezolvat oncologic sau boala dermică este vindecată și a lăsat numai cicatrici ce pot fi extirpate, iar deficitul te-

Scanned with OKEN Scanner

gumentar completat prin autografe cutanate. Şi în aceste situaţii se precizează de unde va fi recoltat lamboul, precum şi după ce metodă şi tehnică. Totodată, medicul are datoria să avizeze bolnavii că vor fi supuşi unor succesiuni de intervenţii, pînă la obţinerea rezultatului final, care va fi apreciat cît mai realist.

Examenele speciale completează atît pe cel general, cît şi pe cel local cu o serie de informaţii deosebit de preţioase medicului operator în adoptarea atitudinii chirurgicale în cazurile respective.

Fotografiile din faţă şi profil, înainte şi după operaţie, sînt obligatorii. Ele constituie un element important de orientare în stabilirea modului de desfăşurare a intervenţiei chirurgicale, dar şi unul de comparare a rezultatului cu ceea ce a fost înainte de operaţie. Fotografiile pot fi, de asemenea, şi documente medico-legale în cazul că unii bolnavi ar fi nemulţumiţi în urma intervenţiei. Dimensiunile cele mai obişnuite de fotografii sînt 6/9, mai rar 9/12.

Măsurătorile sînt necesare cînd se decide mărimea unghiului ce trebuie dat nasului prin corecţie. Joseph a imaginat un aparat care măsoară cu exactitate unghiul nazal în grade. El este de părere că nasul ce are un unghi cuprins între 30° şi 40° poate fi considerat normal din punct de vedere estetic. Atrage însă atenţia şi asupra necesităţii luării în consideraţie a armonizării piramidei nazale cu ansamblul figurii.

Modelajele şi măştile sînt folosite mai rar, primele numai în cazul lipsei de substanţă accentuate a feţei şi în nasul în şa, iar celelalte, numai ca material documentar.

2.6. PREGĂTIREA PREOPERATORIE A BOLNAVULUI

Pregătirea preoperatorie a bolnavului se face, în general, din timp, dar este posibilă chiar şi imediat înaintea intervenţiei, cînd actul chirurgical constituie o urgenţă.

Bolnavul suportă mai uşor emoţiile dinaintea operaţiei şi capătă încredere în chirurg dacă ştie în ce constă operaţia la care va fi supus. Bineînţeles, medicul nu trebuie să promită rezultate exagerate, ci — dimpotrivă — va atrage atenţia că se poate întîmpla să fie nevoie şi de alte intervenţii corectoare, întrucît nu întotdeauna autografele se prind, vor rămîne cicatrice la locul de prelevare a lambourilor, iar el — cu toate că îşi va da toată străduinţa şi va folosi cele mai moderne procedee de refacere a piramidei nazale — nu poate face minuni.

În afară de pregătirea psihică, în dimineaţa operaţiei se iau anumite măsuri şi anume : bolnavul nu va mînca nimic ; preanestezia şi anestezia sînt administrate cu 30—40 de minute înaintea intervenţiei ; regiunea piramidei nazale şi cea de unde urmează prelevarea lamboului sînt spălate cu apă şi săpun, apoi şterse bine cu alcool ; lamboul, după ce se stabilesc dimensiunile, este trasat pe locul de recoltare, cu ajutorul cernelei chirurgicale sau al perlei de nitrat de argint ; după trasarea lamboului zona se tamponează din nou cu alcool, avînd grijă să nu se şteargă conturul autografei cutanate. Toate aceste pregătiri sînt

Scanned with OKEN Scanner

completate cu administrarea anesteziei de către chirurg, în cazul că aceasta este locală, sau de anestezist, dacă este vorba de narcoză.

Premedicația constă în administrarea cu o seară înaintea operației a unui calmant, care să asigure bolnavului un somn liniștit. În dimineața intervenției, cu aproximativ o oră mai devreme se dă un cocteil anestezic, ce poate avea compoziția diferită. Aubry recomandă cîte o fiolă de dolosal și fenergan, precum și 0,5 mg atropină ; dacă intervenția este de durată mai mare, indică instalarea unei perfuzii cu 250 cm^3 ser glucozat, în care se adaugă încă o fiolă de dolosal și de diparcol și 10 cm^3 de clorhidrat de procaină fără adrenalină.

Firică recomandă un cocteil anestezic, administrat intramuscular, cu aproximativ o oră înaintea operației. Cocteilul este compus din cîte o fiolă de : mialgin, ca analgezic și sedativ al sistemului nervos central ; romergan — desensibilizant, analgezic și sedativ ; plegomazin — ganglioplegic ; fenobarbital — sedativ și hipnotic de lungă durată ; atropină — antivagal (dozele sînt date pentru un adult cu o greutate de aproximativ 70 kg).

2.7. ANESTEZIA

Durerea este o stare patologică care apare în urma unei excitații patologice, ce se transmite — pe calea fibrelor senzitive și a celor vegetative — la scoarța cerebrală și centrii subcorticali. Suprimarea ei este realizată prin insensibilizarea elementelor periferice (corpusculii senzitivi), blocarea elementelor de conducere (fibrele senzitive, fibrele preganglionare) și influențarea scoarței cerebrale și a centrilor subcorticali.

Anestezia locală evită producerea excitației patologice asupra corpusculilor senzitivi și transmiterea ei către scoarță, iar narcoza împiedică transformarea excitației în senzație dureroasă la nivelul scoarței și al centrilor subcorticali. Așadar, după locul în care acționează substanța anestezică, anestezia poate fi *locală* sau *generală*. În cadrul *anesteziei locale* se disting :

— anestezia locală propriu-zisă, ce se realizează prin introducerea anesteziculuiîn regiunea unde se operează ;

— anestezia regională obținută după injectarea substanței anestezice în jurul nervului sau al plexului nervos ce inervează regiunea în care se desfășoară actul chirurgical ;

— anestezia tronculară, rezultată prin introducerea substanței anestezice chiar în trunchiul nervos, după ce în prealabil a fost reperat. Acest gen de anestezie se folosește din ce în ce mai puțin, pentru evitarea apariției cauzalgiilor ;

— anestezia de suprafață, utilizată mult în chirurgia nasului, constă din aplicarea pe mucoasa nazală a substanțelor anestezice sub formă de tampoane și badijonare ;

— anestezia în suprafață, folosită foarte rar, se obține cu ajutorul unor substanțe care produc refrigerație superficială.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre genurile de anestezie locală menționate, în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului sînt folosite cea locală propriu-zisă, regională și de suprafață. Oricare ar fi însă utilizată trebuie precedată de o premedicație, care să urmărească instalarea unei acțiuni analgezice, sedative și vagolitice.

Anestezia locală propriu-zisă constă în injectarea soluției anestezice — de obicei clorhidrat de procaină în soluție 1%, iar în cazul că nu este tolerat, de xilină 1% — în țesuturile regiunii în care se operează, fără a se avea în vedere teritoriul de inervație al vreunui nerv. Infiltrația cu anestezic trebuie să intereseze toate planurile. În general, clorhidratul de procaină sau de xilină se asociază cu adrenalină 1‰, o picătură la 10 ml anestezic. În zonele în care se face anestezia pentru prelevarea lambourilor de la distanță după metoda italiană sau cînd se recoltează grefe libere nu se asociază adrenalina la anestezic.

Anestezia prin infiltrație locală este preferată deoarece are avantaje mari față de cea generală. Dintre acestea menționăm : este bine suportată de bolnavi ; evită pericolele anesteziei generale ; are o durată destul de lungă ; doza de anestezic administrată poate fi ușor controlată și completată la nevoie ; nu necesită prezența unui anestezist și aparatură specială pentru anestezia generală ; se poate colabora cu bolnavul în timpul intervenției ; prin adăugarea de soluție de adrenalină 1‰ în anestezic se asigură o hemostază bună ; bolnavul este ușor de supravegheat ; are o toxicitate redusă.

Timpul de anestezie poate fi prelungit, iar toxicitatea evitată în cazurile în care este nevoie de o cantitate mai mare de anestezic dacă în afară de clorhidrat de procaină se adaugă și sulfat de potasiu, în soluție clorură de sodiu izotonică. Astfel, una din formule este următoarea :

Rp. : Clorhidrat de procaină	0,10	g
Sulfat de potasiu 2%	20	ml
Adrenalină 1‰	X	picături
Soluție cloruro-sodică izotonică	100	ml

Formula lui Fischer prevede :

Rp. : Clorhidrat de procaină	0,50	g
Calciu clorat	0,02	g
Kaliu clorat	0,08	g
Natriu clorat	0,90	g
Adrenalină	0,002—0,005	mg
Apă distilată sterilizată	100	ml

Kirschner a preconizat o anestezie locală sub presiune. Anestezicul este administrat o dată cu gazul (oxigen sau bioxid de carbon) care produce presiunea. În felul acesta anestezicul rămîne în țesuturi mai mult timp.

Anestezia regională este utilizată în cazul că se operează într-o regiune inervată de un anume nerv bine cunoscut și a cărei emergență

Scanned with OKEN Scanner

se poate identifica. Anestezicul este injectat în vecinătatea emergenței și traiectului nervului, obținîndu-se o anestezie foarte bună a regiunii, fără să se modifice planurile și structurile zonei respective.

În chirurgia corectoare și reparatoare a nasului anestezia regională este folosită mult. Astfel, pentru a anestezia cele trei ramuri ale nervului oftalmic este de ajuns să se infiltreze regiunea trohleară și cea a incizurii nazale cu 2—3 ml anestezic. La acest nivel se poate anestezia prin administrare de 1—2 ml anestezic subperiostal sau submucos și ramurile submucoase ale nervului etmoidal anterior. De asemenea, zona inervată de nervul suborbitar este anesteziată ușor dacă după reperarea premolarului doi superior se pătrunde cu acul vertical pînă în vecinătatea găurii infraorbitoare și se infiltrează zona respectivă.

Anestezia de suprafață constă în aplicarea substanței anestezice — prin badijonaj, pulverizație sau cu meșe de vată bine îmbibate — direct pe suprafața intervenției, cum sînt, de exemplu, fosele nazale.

Substanța cea mai frecvent folosită în anestezia de suprafață este cocaina. Ea poate fi utilizată și la copiii care au împlinit vîrsta de șase ani (după alți autori, nouă ani). La copii concentrația soluției de cocaină este de 2%, iar la adult de 5% sau chiar 10%. O altă soluție folosită în anestezia de suprafață este cea propusă de Bonain, care conține :

Rp : Clorhidrat de cocaină
Mentol
Fenol } aa 1 g

Au mai fost recomandate și alte formule, preparate și apoi ambalate sub formă de flacoane (spray). Ele sînt întrebuințate atît de otorinolaringologi, cît și de stomatologi. Arteni citează formula lui Mangabeira-Albernez, care — deși nu are în conținutul ei cocaină — realizează o anestezie de suprafață :

Rp. : Glicerină neutră 2 ml
Pantocaină
Acid fenic cristalizat sec } aa 1 g
Mentol

Xilina, sintetizată de Löfgreen în 1943, se folosește începînd din anul 1948 ca anestezic — în soluție de 4% — fie prin infiltrație locală, fie ca anestezic de suprafață. Reacțiile secundare la xilină, ce păreau la început slabe și rare, după folosirea ei în timp s-au dovedit frecvente și variate. Toxicitatea xilinei este, în mod sigur, mai mare decît a clorhidratului de procaină și mai redusă față de cocaină.

Anestezia în suprafață este o metodă — cunoscută și utilizată din antichitate — care produce anestezie prin refrigerație, de scurtă durată.

Anestezia generală este un proces de inhibiție a funcțiilor celulare, care se produce — cu prioritate — asupra sistemului nervos

Scanned with OKEN Scanner

central. Ea suprimă — temporar și reversibil — sensibilitatea generală și conștiința.

Progresele tehnicii au adus realizări mari în domeniul anesteziei generale prin combinarea anesteziei endovenoase cu intubația traheală, obținîndu-se, pe de o parte, controlul respirației și al oxigenării operatului, iar pe de altă parte, protecția împotriva pătrunderii în căile respiratorii a secrețiilor și sîngelui — intubarea. Cînd se execută intervenții de scurtă durată se poate renunța la intubație, însă este nevoie să se mențină anestezia într-un stadiu superficial, cu reflexul de tuse păstrat, efectuîndu-se în permanență o aspirație oro și hipofaringeană.

Anestezia generală trebuie făcută ulterior unei premedicații bine administrate și numai după un control riguros al aparatului respirator și cardiovascular al bolnavului. Tensiunea arterială se controlează înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală.

2.8. ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Bolnavul — după ce i se administrează analgezice (algocalmin, fasconal ori mialgin) — va fi transportat din sala de operat la pat culcat, deoarece poate avea stări lipotimice din cauza premedicației.

Alimentația va fi numai cu lichide de la temperatura camerei, în nici un caz să nu fie fierbinți. Poziția în pat a bolnavului va fi cu capul ridicat pe pernă pentru a nu favoriza sîngerarea.

Medicația postoperatorie urmărește, în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului, evitarea infecției, a reacției locale a țesuturilor în urma actului chirurgical, precum și combaterea durerii.

Autorii au folosit ca medicație postoperatorie ampicilina sau penicilina injectabilă. Local s-a aplicat pulbere de penicilină ori streptomicină. Durata administrării antibioticului este în funcție de felul intervenției, de timpul cît este menținut tamponamentul foselor nazale sau al vestibulelor nazale, de aspectul regiunii în care s-a intervenit, precum și de temperatura bolnavului în zilele după operație. Temperatura care depășește cu puțin 37° în ziua intervenției sau chiar și în ziua a doua nu trebuie să îngrijoreze deoarece — în cele mai multe cazuri — este vorba de febra de resorbție.

Antihistaminicele de sinteză (Feniraminul, Romerganul, Clorfenoxamina și, în ultimul timp, Tavegil) sînt utilizate în scopul prevenirii eventualelor reacții datorate administrării antibioticelor.

Corticoterapia este întrebuințată mai mult în cazurile în care se observă o reacție accentuată a țesuturilor din zona în care s-a operat. Se folosește prednisonul (5 mg), care influențează în bine evoluția stării generale a bolnavului. Lasonilul se aplică atît în traumatismele recente, însoțite de echimoze întinse, cît și după intervenții urmate de reacție mare locală, cu edeme și echimoze. În echimozele întinse se recomandă Tarosinul. Durerea postoperatorie poate fi combătută cu Algocalmin și Fasconal.

Tratamentul local postoperator constă în primul rînd în menținerea în stare curată a buzei superioare și a regiunilor învecinate, unde se

Scanned with OKEN Scanner

preling prin meșe secrețiile și serozitatea sanguinolentă. Aceste zone vor fi șterse tot timpul cu vată îmbibată cu soluție de ser fiziologic steril sau apă distilată.

Tamponamentul este păstrat cel mult patru zile, deoarece pot apărea complicații otice și sinuzale. După primele două zile el trebuie schimbat cu alte meșe sterile, sub protecția de antibiotice. Înaintea aplicării meșelor se recomandă cocainizarea foselor nazale, în scopul realizării atît a anesteziei, cît și a vasoconstricției locale necesare celei de a doua tamponări. După detamponarea definitivă este bine să se facă cîteva zile consecutiv cocainizarea foselor nazale, pentru decongestionarea mucoasei și împiedicarea formării sinechiilor septoturbinale. Totodată sînt recomandate instilații cu mentorin, în vederea dezinfectării și lubrifierii mucoasei.

Firele se scot numai de către chirurgul care a efectuat intervenția, el fiind în măsură să aprecieze oportunitatea momentului.

Aprecierea externării bolnavului o face chirurgul, care nu trebuie să se lase influențat de dorința bolnavului. Continuarea tratamentului postoperator, dacă este cazul, se poate face și după externarea acestuia. Cocainizările postoperatorii se pot face dacă ele necesită un timp mai îndelungat și prin venirea bolnavului în zilele stabilite de medic. Tot acesta îndepărtează călușul sau sistemul de contenție aplicat după operație cînd dispar edemul local și echimozele și se detumefiază tegumentele.

2.9. EVOLUȚIA POSTOPERATORIE

Evoluția favorabilă postoperatorie a unui operat căruia i s-a făcut o intervenție corectoare sau reparatoare a nasului depinde foarte mult de atenția cu care a fost urmărit, de tratamentul postoperator executat și de reacția specifică a organismului asupra căruia s-a intervenit.

În prima și a doua zi după intervenție reacția locală este puternică și caracterizată prin tumefierea tegumentelor și apariția de echimoze palpebrale și în toată regiunea, fapt ce sperie de multe ori pe bolnavi. De aceea este bine să se atragă atenția bolnavilor că tumefacția și echimozele nu trebuie să îngrijoreze, întrucît după două zile vor ceda. Retrocedarea tumefacției și a echimozelor poate fi grăbită prin aplicarea pe frunte, pe pleoape și pe regiunea jugală apropiată a unor comprese umede cu apă la temperatura camerei.

În prima zi operatul este mai mult sau mai puțin somnolent, din cauza medicamentelor primite în cadrul premedicației. Dacă a înghițit sînge în timpul operației are greață și vărsături, eliminînd cheaguri negre de sînge. Cînd evoluția este normală, fără complicații, prezintă o ușoară subfebrilitate, care nu este altceva decît febra de resorbție. Ea nu trebuie considerată patologică și, ca atare, medicul nu se va neliniști. Numai în cazul că temperatura crește mai mult și se prelungește este necesar să i se caute cauza. Uneori se poate întîmpla ca temperatura să se datoreze unei răceli banale, contractată fie cît timp a stat pe masa de operat, fie la salon dacă a fost deschis vreun geam în apropiere.

Scanned with OKEN Scanner

La două zile de la intervenție tumefacția și echimozele încep să cedeze, iar în următoarele, pansamentul compresiv devine mai lejer sau chiar prea larg, fiind uneori nevoie de o corecție a sa. Starea generală a operatului se îmbunătățește vădit, îndeosebi după detamponare, cînd se remarcă și o stare psihică bună. Un prim control local al rezultatului obținut se poate face numai la aproximativ cinci zile.

În chirurgia reparatoare a nasului de mare importanță este supravegherea foarte atentă a grefei. În primele zile de la transplantarea grefelor libere cutanate se constată o serie de modificări degenerative, care nu trebuie să neliniștească. Aceste modificări depind foarte mult de patul pe care s-a grefat transplantul cutanat, dacă este bine vascularizat sau nu, precum și de pansamentul aplicat. Pansamentul va fi ușor compresiv, pentru a adera uniform la patul grefei. El nu trebuie strîns prea tare, întrucît presiunea mare asupra vaselor subiacente împiedică irigarea grefei, ceea ce poate duce la ischemie sau chiar la necroză. În general se consideră că presiunea optimă pe care un pansament trebuie să o exercite asupra grefei este de 25—30 mm Hg. Unii chirurgi, cum este Rauer, peste stratul de comprese sterile aplicate pe grefă pun un burete de cauciuc învelit în tifon. Limberg a imaginat un aparat care reglează automat presiunea optimă asupra grefei.

2.10. COMPLICAȚII

Complicațiile posibile să apară după intervențiile corectoare sau reparatoare ale piramidei nazale sînt multiple și de ordin diferit, creînd dificultăți chirurgului și suferințe suplimentare operatului, care așteaptă să vadă rezultatul intervenției.

Complicațiile postoperatorii pot fi generale și locale. Dintre cele generale șocul este complicația cea mai gravă, dar din fericire este rară. Șocul este determinat de intervenții prelungite și foarte traumatizante, cu pierderi mari de sînge la bolnavi care n-au fost bine pregătiți printr-o medicație corespunzătoare. Depistat la timp și dacă se iau măsurile de tratament indicate, cu posibilitățile actuale de reanimare, el se rezolvă favorabil.

Temperatura care apare în prima sau chiar a doua zi după intervenție sub forma de subfebrilitate nu trebuie să ne îngrijoreze, ea fiind o febră de resorbție, ce dispare chiar fără tratament. Îngrijorătoare trebuie să fie curbele termice prelungite, cu temperaturi mari, însoțite de o stare generală rea sau o evoluție locală necorespunzătoare. În aceste cazuri este necesar să se analizeze cu mult discernămînt cauza temperaturii. Ea poate fi o cauză generală, provocată de o simplă răceală a bolnavului din cauza unor imprudențe, în sala de operat ori la pat, dar poate fi provocată și de o evoluție necorespunzătoare local, la nivelul plăgii operatorii. În cazul unei viroze se aplică tratamentul corespunzător, care face ca temperatura să revină la normal. În cel al unei evoluții necorespunzătoare a intervenției executate trebuie stabilit ce anume produce temperatura.

Scanned with OKEN Scanner

Deseori, după intervenție bolnavii operați au senzații neplăcute de greață, urmată frecvent de vărsături, eliminînd cheaguri negre de sînge, care a fost înghițit în timpul operației. Aceste fenomene dispar după ce s-a evacuat sîngele înghițit în cursul intervenției. Frecvent, vărsăturile sperie bolnavul, îi creează neliniște și chiar panică. De aceea operatul va fi avertizat din timp asupra eventualelor vărsături. Unii bolnavi manifestă intoleranță la medicamentele care li se administrează. În aceste cazuri este bine să se suprime medicamentul în cauză și să fie tratat cu antihistaminice de sinteză și, la nevoie, cu Prednison. O atenție deosebită trebuie acordată clorhidratului de procaină și penicilinei, ce pot provoca mari neplăceri, dacă nu au fost testate.

Complicațiile locale sînt reprezentate în primul rînd de hemoragie, care apare datorită timpului de sîngerare crescut, a dereglării altor factori de coagulare sau a traumatismului după operații la care nu s-a adrenalinat soluția anestezică. Infecția la nivelul regiunii operate este semnalată din ce în ce mai rar, datorită folosirii antibioticelor. Cînd apare, poate să compromită rezultatul postoperator. Tumefacția și echimozele de la nivelul pleoapelor și al zonei pe care s-a intervenit nu trebuie considerată o complicație, ci ca făcînd parte din evoluția firească postoperatorie. În unele cazuri putem avea mari neplăceri din cauza cicatricelor, care — în loc să urmeze un curs normal, fiziologic — se constituie în forme retractile sau cu aspect de cheloid, compromițînd rezultatul scontat. Există o predispoziție pentru cheloide, care — după Sercer și alți autori — trebuie testată înainte de intervenție. Cicatricele vicioase provoacă asimetrii, mai ales în operațiile pe cartilajele alare. S-au încercat variate metode pentru corecție, deoarece excizia cicatricei nu s-a dovedit a fi în măsură să realizeze corecția dorită. Dintre toate procedeele încercate, grefele libere se pare că dau rezultatele cele mai acceptabile. Ele sînt aplicate fie pe mulaje narinare, ce fixează grefa pe pat (Aubry), fie prin sutura marginilor autogrefei la pat, aceasta fiind menținută în contact intim cu portgrefa printr-o compresă, care este legată cu firele de sutură lăsate intenționat netăiate.

Formarea unui calus hipertrofic, provocat de un traumatism exagerat al periostului sau de rămînerea pe loc a reziduurilor rezultate din răzuirea osului după osteotomie, este una din cele mai neplăcute complicații ce apar după o intervenție pe piramida nazală. Rezecția defectuoasă a bosei provoacă un unghi nasofrontal necorespunzător, care trebuie corectat. Uneori, din cauza unei osteotomii incorecte ori incomplet executate, ce nu permite apropierea celor doi versanți ai piramidei nazale, se obține un nas lat. Deviațiile reziduale ale piramidei apar din cauza neglijării unei deviații septale profunde.

O altă complicație este formarea sinechiilor între cornete și sept. Sinechiile, prin obturarea foselor nazale, jenează foarte mult funcția respiratorie și, în anumite cazuri, chiar pe cea olfactivă. Această complicație poate fi prevenită dacă fosele nazale sînt cocainizate după detamponare, pînă în momentul cînd ne dăm seama că retracția turbinală realizează un spațiu suficient față de sept. În cazul că s-au format, sinechiile trebuie secționate și evitată refacerea lor printr-o cocainizare zilnică.

Scanned with OKEN Scanner

Periostita și pericondrita apar în urma traumatizării exagerate și prelungite a periostului și pericondrului, la care se adaugă factorul inflamator. Pentru prevenirea acestor complicații redutabile, este necesar să se menajeze cît mai mult periostul și pericondrul, păstrînd în același timp cu strictețe regulile de asepsie.

La nivelul dorsului nasului, după retracția tumefacției, apar uneori — atît la nivelul osului, cît și al cartilajului — o serie de neregularități care dau un aspect dizgrațios nasului. Ele se datoresc executării incorecte a osteotomiei. Pot fi evitate prin executarea unei tehnici corecte și folosirea de instrumente bine ascuțite. Alteori, sîntem confruntați cu situația de a revedea bolnavi operați la care s-a produs resorbția osoasă și mai puțin cea cartilaginoasă sau deplasarea autografei cartilaginoase ori încurbarea ei, fapt ce i-a determinat pe unii chirurgi să prefere autografa osoasă, cu toate avantajele și dezavantajele ei.

În unele cazuri există posibilitatea să se observe — după desfacerea pansamentului și a sistemului de contenție — coborîrea vîrfului nasului, pe care — prin intervenția chirurgicală — am avut intenția să-l ridicăm. Această neplăcută surpriză se datorește unei insuficiente rezecții a cartilajului patrulater sau a unei suturi incorecte la nivelul inciziei transfixiante. Coborîrea vîrfului nasului mai poate apare și ca urmare a nerealizării contenției în hipercorecție suficiente ori a scoaterii înainte de termen a firelor de la nivelul inciziei transfixiante.

Parestezиile sau hipoestezia, pe care mulți bolnavi operați le acuză, nu sînt complicații, ci simptome ale evoluției postoperatorii normale, ele dispărînd după cîteva luni.

Scanned with OKEN Scanner

PRINCIPII GENERALE ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ŞI REPARATOARE A NASULUI

Chirurgia corectoare și reparatoare a nasului reprezintă ansamblul intervențiilor chirurgicale prin care se urmărește corectarea unei malformații congenitale sau dobîndite ori refacerea piramidei nazale — în cazul destrucției acesteia mai mult sau mai puțin întinse. Intervențiile chirurgicale de refacere a piramidei nazale pot interesa atît tegumentele, cît și țesuturile de susținere osteocartilaginoase care condiționează aspectul morfologic al nasului, urmărindu-se — în același timp — menținerea ori restabilirea funcțiilor acestui organ în cazul că ele sînt afectate.

Chirurgia corectoare și reparatoare a nasului folosește o gamă vastă de intervenții chirurgicale de mare finețe, care cer ingeniozitate, imaginație, simț estetic și competență chirurgicală.

Piramida nazală, prin rolul său în conturarea fizionomiei și prin poziția sa situată în centrul figurii impune corectarea sau refacerea ei morfofuncțională, pentru a reda echilibrul psihic și forța de muncă acelora care în urma unui accident sau a unei malformații congenitale se simt complexați în viața de familie, în societate și în colectivul în care își desfășoară activitatea.

Preocuparea pentru corectarea sau refacerea piramidei nazale datează din cele mai vechi timpuri ; cu posibilități materiale reduse, fără o experiență care să le fi ușurat primele încercări, fără să cunoască principiile asepsiei și antisepsiei, pionierii chirurgiei reparatoare a nasului au reușit ca printr-o gîndire creatoare și o imaginație constructivă să pună bazele încercărilor de început.

Primele informații cu privire la începuturile acestei ramuri a chirurgiei datează din jurul anului 1000 î.e.n. și ne sînt cunoscute din lucrarea indiană *Ahurveda Susrutas,* în care este descrisă o tehnică impusă și rămasă pînă în zilele noastre sub denumirea de metoda indiană de refacere a piramidei nazale distruse folosind un lambou tegumentar recoltat din regiunea frontală.

În Europa, unde se efectuau o serie de intervenții chirurgicale pentru rinoplastie reparatorie, metoda indiană n-a pătruns decît la începutul secolului al XIX-lea. Pînă atunci fuseseră utilizate alte procedee de obținere a lamboului. În Italia, Lafranc reușește în jurul anului 1280 să reimplanteze un nas ce cu puțin timp înainte fusese tăiat (Popian). Însă părintele unei noi metode — consacrată sub denumirea de

Scanned with OKEN Scanner

metoda italiană — este considerat Antoine Branca, care în prima parte a secolului al XV-lea folosea în intervențiile sale chirurgicale lambouri tegumentare recoltate de la nivelul brațului.

În Anglia rinoplastia reparatoare a fost impusă, la începutul secolului XIX, de Pennant precum și de Lynn, în anul 1811 și Carpue, în 1814, care publică rezultate încurajatoare obținute cu ajutorul metodei indiene (Nélaton și Ombrédanne).

În Franța metoda indiană a fost aplicată la început la Montpellier, unde s-a impus, aducîndu-i-se și unele îmbunătățiri (Delpech, în 1820). Mai tîrziu metoda atrage și pe chirurgii din Paris, care o apreciază și încep s-o introducă în chirurgia reparatoare a nasului. Lisfranc este cel ce execută la Paris pentru prima oară refacerea piramidei nazale prin metoda indiană, urmat de Labat, care în anul 1833 publică rezultatele obținute în urma intervențiilor executate de el.

Tagliacozzi (Italia), reluînd metoda lui Antoine Branca, se lansează în executarea unor intervenții de rinoplastie reparatoare devenite foarte curînd cunoscute în lumea întreagă.

Influențat de intervențiile chirurgicale pentru refacerea piramidei nazale, Larrey (Franța) reușește reconstrucția unei piramide nazale mult distruse, utilizînd un lambou adus prin alunecare din regiunea obrazului. Se năștea astfel a treia metodă a rinoplastiilor reparatoare — *metoda franceză*.

Și în Germania procedeele descrise anterior au pătruns prin chirurgi apreciați, ca De Graëfe, Dieffenbach și Beck. Dieffenbach imaginează și introduce metoda lamboului bipediculat simplu (Popian), care a deschis drumul spre noi căi de recoltare a lambourilor.

Cam pe la mijlocul secolului al XIX-lea în Europa lumea chirurgicală era de acum orientată cu privire la viitorul rinoplastiilor reparatoare, cu metode de bază ce erau în măsură să asigure lambouri necesare refacerii pierderilor de tegumente. Ceea ce lipsea și trebuia studiat și introdus în practica chirurgicală pentru ca reconstituirea piramidei nazale să nu fie o simplă acoperire a unei cavități dizgrațioase, situate în centrul feței, era posibilitatea integrării în lamboul refacerii tegumentelor a unor grefe de susținere, care să permită modelarea unui nas cît mai aproape de normal.

În dezvoltarea rinoplastiei o contribuție de cea mai mare însemnătate a avut-o Ollier, care în jurul anului 1858, cu multă imaginație, perseverență și interes chirurgical, se lansează în studiul grefelor cartilaginoase, osoase, osteoperiostale etc., al modului de comportare a acestora, precum și al tehnicilor chirurgicale de implantare și refacere a piramidei nazale. Tot el este acela care, întreprinzînd un studiu comparativ al modului de comportare al heterografelor, homografelor și autografelor, trage o serie importantă de concluzii cu privire la indicațiile de utilizare a acestora, șansele de a fi suportate și menținute în timp, făcînd recomandări de mare valoare în ceea ce privește alegerea celei mai bune grefe, cu șansele cele mai mari de utilizare. Cu acest mare chirurg și pe baza activității sale valoroase de cercetare și practică chirurgicală se poate considera că începe epoca modernă în chirurgia reparatoare a nasului.

Scanned with OKEN Scanner

Nenumărați chirurgi din toată lumea încep să privească cu interes și cu speranță chirurgia reparatoare a nasului. Chirurgi mari ca Nélaton și Ombrédanne își consacră o mare parte din activitatea lor acestei chirurgii, imaginînd procedee noi și concepînd o clasificare a destrucțiilor nazale, cu indicații de conduită chirurgicală. Trebuie de asemenea arătată contribuția deosebită pe care a avut-o Thiersch la studiul grefelor și comportarea lor în chirurgia reparatoare. Nu putem vorbi de rinoplastii fără a ne aminti de alți mari chirurgi a căror activitate consacrată chirurgiei corectoare și reparatoare a făcut ca aceasta să fie bine concepută și aplicată în dismorfiile piramidei nazale. Astfel, rolul lui Joseph trebuie să ocupe un loc de frunte în eforturile făcute pentru tipizarea anumitor tehnici chirurgicale. De asemenea, trebuie amintiți Réverdin, Davis, Passot, Gillies, Sebileau, Dufourmentel și alții al căror aport a fost de mare valoare în evoluția tratamentului chirurgical al rinoplastiei reparatoare și corectoare a nasului.

Contribuția lui Filatov la confecționarea lambourilor, prin crearea lamboului tubulat, a însemnat un mare pas în diversificarea posibilităților de acoperire a lipsei de substanță tegumentară în regiunea nasului și a feței, astfel că prin crearea lamboului tubulat s-au putut imagina și aplica o nouă serie de intervenții reparatoare cu rezultate mult mai bune decît cele efectuate anterior.

Apariția în gîndirea medicală a asepsiei și antisepsiei, precum și introducerea lor în practica chirurgicală a modificat mult în bine rezultatul intervențiilor în rinoplastii, ca și în chirurgia generală, încurajînd pe chirurgi să imagineze și să aplice noi tehnici, din ce în ce mai îndrăznețe și mai ingenioase.

Necesitatea intervențiilor corectoare și reparatoare a nasului a crescut și s-a impus cu o frecvență mare o dată cu dezvoltarea sporturilor și practicarea acestora pe scară întinsă. Astfel, boxul, ciclismul, automobilismul, rugby-ul, luptele sînt numai cîteva din sporturile ce fac ca frecvența dismorfiilor nazale să crească mult, necesitînd intervenții corectoare și reparatoare.

Cele două războaie mondiale, prin antrenarea în lupte a milioane de oameni, au făcut ca, atît pe cîmpul de luptă, cît și în spatele frontului, prin mișcări mari de trupe cu mijloace motorizate, să apară foarte multe răniri la nivelul feței și al nasului, precum și accidente ce au influențat în mare măsură și piramida nazală. Acești mutilați de război au umplut spitalele mult timp după terminarea războiului, solicitînd intervenții și reintervenții reparatoare și corectoare, pentru a li se reface piramida nazală în forme cît mai apropiate, atît anatomic cît și fiziologic de normal.

Un mare pas înainte în efectuarea rinoplastiilor corectoare și reparatoare a nasului îl constituie introducerea și mai ales perfecționarea anesteziei locale, troncoregionale și generale. Ea a permis chirurgilor să lucreze în liniște, fără grabă, efectuînd cu migală și degajat corecții din cele mai greu de executat.

Conceperea și perfecționarea aparatelor de contenție, imaginarea și perfecționarea unui instrumentar din ce în ce mai diversificat în raport cu nevoile actului operator au făcut ca intervențiile corectoare și

Scanned with OKEN Scanner

reparatoare ale nasului să se efectueze din ce în ce mai bine și în condiții foarte confortabile atît pentru bolnav, cît și pentru chirurgi.

Epoca antibioterapiei a marcat și pentru chirurgia corectoare și reparatoare a nasului un cîștig enorm în ceea ce privește siguranța cu care se putea lucra, crescînd șansele de reușită a intervențiilor cele mai îndrăznețe și mărind foarte mult procentul rezultatelor bune în favoarea operaților. Este perioada cînd sînt încurajați din ce în ce mai mulți chirurgi să practice intervenții rinoplastice. Chirurgia reparatoare și corectoare a nasului începe să fie executată mai puțin de cei ce fac chirurgie generală. Ea este din ce în ce mai mult preluată de chirurgi care fac chirurgie plastică-reparatorie și maxilofacială. Cei mai indicați însă să efectueze chirurgia corectoare și reparatoare a nasului sînt și trebuie să fie rinologii, care cunosc mai bine — atît anatomic, cît și funcțional — piramida nazală, întreaga lor activitate zilnică fiind axată pe patologia acestui organ. Familiarizați cu fiziologia nasului, aceștia sînt preocupați ca în chirurgia reparatoare și corectoare să execute o intervenție funcțională.

În țara noastră chirurgia corectoare a nasului a fost practicată la început — ca și în alte țări — de operatori care făceau chirurgie generală, cum sînt Severeanu, Juvara, Jianu, Riga etc. Trebuie să menționăm, de asemenea, activitatea de chirurg estetician a lui Stepleanu-Horbatschi, ce a avut în centrul preocupărilor chirurgia corectoare a nasului. Un rol deosebit în sistematizarea tehnicilor chirurgicale îi revine lui Racoveanu, care — pe lîngă activitatea sa foarte bogată în rinoplastia corectoare — a format foarte multe cadre de medici, insuflîndu-le dragoste și pasiune pentru această specialitate. Fiind și un eminent rinolog, el a practicat nu numai o chirurgie estetică, ci și una funcțională, obținînd rezultate foarte bune, pe care le-a comunicat făcîndu-le cunoscute la congresele din țara noastră și peste hotare. Popian a avut o contribuție însemnată la răspîndirea în țara noastră a chirurgiei estetice și reparatoare a feței, prin cartea pe care a scris-o și în care se ocupă în largă măsură și de rinoplastiile corectoare și reparatoare. Firică trebuie de asemenea menționat pentru preocupările și activitatea sa desfășurată în domeniul chirurgiei corectoare a nasului, actualizînd tehnicile chirurgicale folosite. Mai menționăm printre cei care au practicat chirurgia corectoare și reparatoare a nasului pe Șufană, Udrescu, Muntenescu și alții.

În prezent în țara noastră chirurgia corectoare și reparatoare a nasului cunoaște o mare dezvoltare. Ea nu este practicată numai de un număr limitat de chirurgi, așa cum era pînă nu demult, ci este larg răspîndită în clinicile și serviciile de chirurgie plastică-reparatoare, maxilofacială și îndeosebi în cele de oto-rino-laringologie.

Chirurgia corectoare și reparatoare a nasului face parte din chirurgia generală și urmează în mare toate regulile acesteia privind sala de operat, sterilizarea, instrumentarul, aparatura, inciziile, suturile, drenajul etc. Adresîndu-se însă unui organ situat în centrul figurii ea are o serie de particularități ce o deosebesc întrucîtva de chirurgia generală. Astfel instrumentarul diferă foarte mult prin finețe și varietate, care permit ca fiecare timp operator să fie efectuat cu un anume instrument. De asemenea inciziile, care sînt mici, se execută cu mare finețe, sînt

Scanned with OKEN Scanner

mai rar vizibile, de cele mai multe ori, mai ales în chirurgia corectoare, invizibile sau semivizibile. La fel suturile : se fac cît mai discrete și — dacă este posibil — se folosește sutura intradermică, pentru ca cicatricele să fie cît mai puțin aparente. Drenajul are și el particularitățile lui, nasul bucurîndu-se, în ceea ce privește imunitatea, de avantajele pe care le are în general fața : vascularizație bogată ; permanent descoperit și în contact direct cu factorii de mediu ; cavități naturale mari de drenaj, care permit să nu se mai folosească de cele mai multe ori un drenaj instituit anume.

În ceea ce privește materialele de sutură, în rinoplastie este de dorit ca firele pierdute să fie cît mai rar folosite, făcîndu-se mai mult apel la forcipresură sau electrocoagulare în cazul în care este necesară executarea unei hemostaze. Firele de mătase sînt în general preferabile firelor mai rigide, cum sînt nailonul sau părul, ori de cîte ori tegumentele sînt în tensiune mare, deoarece acestea din urmă pot tăia țesuturile, permițînd o desfacere a buzelor plăgii suturate.

Trebuie de asemenea să amintim printre particularitățile chirurgiei corectoare și reparatoare a nasului aparatele fixatoare care au rolul menținerii nasului într-o poziție convenabilă obținerii unui rezultat dorit sau fixării brațului și capului în cazul utilizării lamboului recoltat după metoda italiană ori a unuia tubulat.

3.1. PARTICULARITĂȚI ALE CHIRURGIEI CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

Chirurgia corectoare și reparatoare a nasului urmează, în mare, regulile chirurgiei generale în ceea ce privește sala de operat, măsurile de asepsie și antisepsie, inciziile, suturile, drenajul etc. Cu toate acestea, chirurgia rinoplastică prezintă o serie de particularități, ce rezultă din faptul că se adresează unei formațiuni anatomice descoperite, situată în centrul figurii și care imprimă o puternică amprentă fizionomiei fiecărui individ. Este bine cunoscut rolul pe care îl joacă în viața unui om, în familie, societate și la locul de muncă un chip plăcut, în care nasul prezintă elementul central. De aceea este legitimă dorința celor care prezintă malformații sau destrucții ale piramidei nazale, provocate de diferiți factori, să solicite corecția ori refacerea ei. Dacă unii, prin intervențiile corectoare ale nasului, urmăresc o înfrumusețare a chipului, fapt ce le dă mai multă încredere în viață și în toată activitatea lor, alții caută să scape de o infirmitate.

Piramida nazală — formațiune anatomică descoperită continuu și, ca atare, supusă direct tuturor factorilor de mediu, irigată de o bogată rețea vasculară și prevăzută cu cavități mari de drenaj (fosele nazale) — se bucură de o rezistență imunobiologică deosebită, ceea ce face ca intervențiile chirurgicale să fie rareori urmate de complicații grave.

Pe de altă parte, secrețiile foselor nazale, care îmbibă tampoanele, pot uneori influența negativ procesul de prindere a lambourilor. Este

Scanned with OKEN Scanner

important să mai semnalăm faptul că în destrucțiile traumatice ale piramidei nazale, în urma plăgilor de război, prin arme de foc, arme albe, mușcături etc., în cursul toaletei plăgii trebuie să fim foarte parcimonioși în ceea ce privește țesuturile care ni s-ar părea devitalizate. Să cruțăm orice mic lambou, orice franj ce ar părea de prisos, deoarece — avînd o vascularizație foarte bagată — este surprinzător cum se revitalizează, fiindu-ne de mare utilitate în intervențiile reparatoare ulterioare.

În continuare sînt menționate unele particularități ale chirurgiei corectoare și reparatoare a nasului.

3.1.1. INCIZIILE

În chirurgia corectoare și reparatoare a nasului inciziile prezintă cîteva caracteristici față de cele efectuate în chirurgia generală. Ele se execută numai după stabilirea genului de intervenție ce urmează să fie efectuată și aprecierea justă a rezultatului care trebuie obținut, deoarece se lucrează pe suprafețe mici, unde fiecare dimensiune de tegumente sau țesut de susținere are mare valoare și nu poate fi sacrificat inutil. Inciziile trebuie să permită o suficientă cale de acces spre zona interesată și să respecte liniile de tensiune cutanată (G. Jost).

Pentru toate intervențiile corectoare și reparatoare ale nasului inciziile vor fi dimensionate absolut strict în raport cu necesitatea abordării regiunii care interesează și în nici un caz mai întinse. În chirurgia reparatoare a nasului inciziile pentru avivarea țesuturilor, în vederea pregătirii patului unde urmează să fie implantat lamboul, trebuie efectuate în țesut sănătos, dar cu multă grijă pentru a nu sacrifica prea mult din acesta. În unele cazuri este nevoie să se execute scheme, să se întocmească tipare după minuțioase măsurători, în vederea stabilirii cu mare exactitate a locului, formei și întinderii inciziei. Pentru lambourile recoltate din regiunea feței (după metoda indiană sau franceză) inciziile urmează regulile chirurgiei corectoare și reparatoare a nasului și ale feței în general, ele trebuind să menajeze filetele nervului facial și vasele cu mare pondere în irigarea lambourilor. În cazul lambourilor recoltate la distanță (după metoda italiană) inciziile vor urma regulile chirurgiei generale, confecționarea lamboului ținînd seama de retracția acestuia și de necesitatea ca el să fie suficient pentru a putea acoperi toată regiunea distrusă a nasului.

În intervențiile corectoare ale piramidei nazale inciziile vestibulare au fost consacrate ca fundamentale, fiind cel mai des folosite, deoarece sînt ascunse în vestibulul nazal și furnizează în același timp cele mai bune rezultate din punct de vedere estetic. Ele au avantajul că oferă și o cale bună de acces către toate regiunile piramidei nazale.

Inciziile vestibulare fundamentale folosite în chirurgia corectoare a nasului sînt următoarele :

Intercartilaginoasă, situată între cartilajul triunghiular și marginea superioară a celui alar ;

Scanned with OKEN Scanner

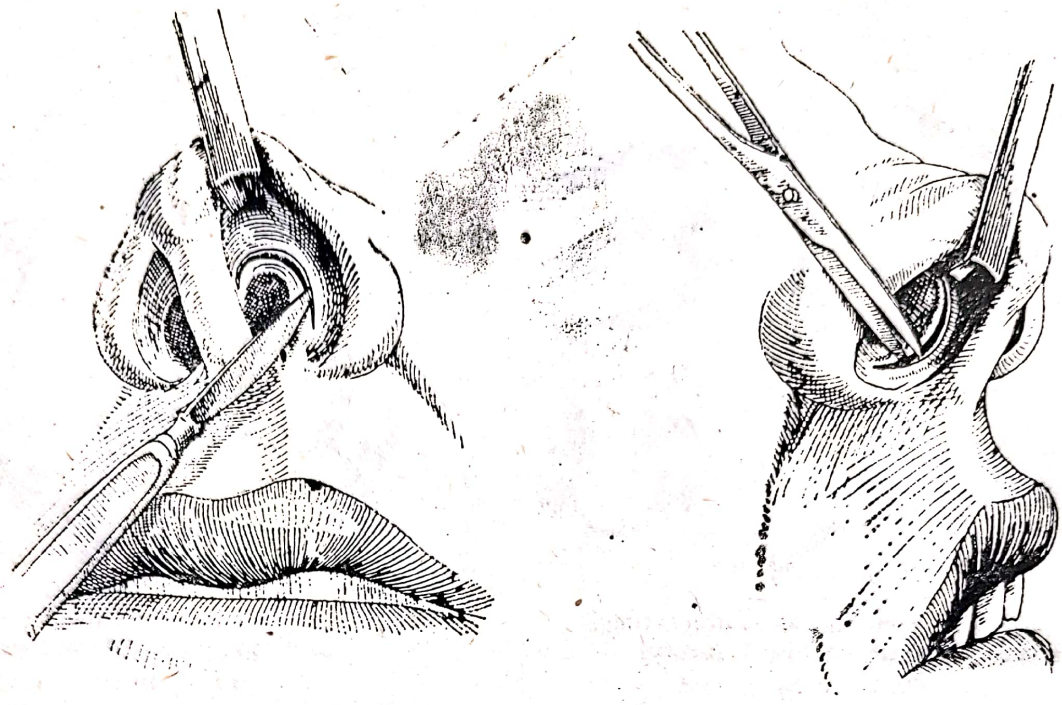


Fig. 7. Incizia intercartilaginoasă (după G. Jost). Incizia transfixiantă.

— *transfixiantă* sau *intersepto-columelară,* executată între marginea anteroinferioară a cartilajului patrulater septal și subcloazon ;

— *proximală, cranială* sau *superioară,* rezultată din combinarea inciziilor intercartilaginoasă și transfixiantă (intersepto-columelară), care reprezintă o cale mai bună și mai amplă de acces în toate zonele piramidei nazale, permițînd intervenții variate pe cartilajele alare laterale și dom ;

— *intracartilaginoasă,* situată la aproximativ 5 mm de marginea orificiului narinar, avînd ca scop excizia unei porțiuni din partea superioară a cartilajului alar. (Converse, Conroy, Robin, Anderson) ;

— *marginală* sau *extracartilaginoasă,* executată de-a lungul marginii inferioare a cartilajului alar ; este compusă din două incizii, una de-a lungul marginii inferioare a părții laterale și cealaltă de-a lungul marginii inferioare a părții mediale a cartilajului alar. (Aubry, Meyer ș.a.). Are dezavantajul că dă uneori cicatrice retractile ale marginii narinare care necesită corecții ulterioare.

În afară de inciziile menționate chirurgii au imaginat și alte genuri de combinații de căi de acces, executînd incizii — asociate sau însumate — care să le permită o mai bună accesibilitate. O astfel de cale de acces este *inciza în toartă de căldare,* care este o asociație între incizia intercartilaginoasă și cea executată la marginea inferioară a vestibulului nazal. Printr-o altă incizie verticală, plasată la nivelul domului și care unește incizia intercartilaginoasă cu cea marginală, situată la extremitatea inferioară a cartilajului alar, se obține incizia vestibulară a lui Safian.

Cînd inciziile vestibulare nu oferă o cale de acces acceptabilă se folosesc *inciziile externe,* care trebuie să fie cît mai bine ascunse într-o regiune anatomică puțin vizibilă : depresiune morfologică, pliu cuta-

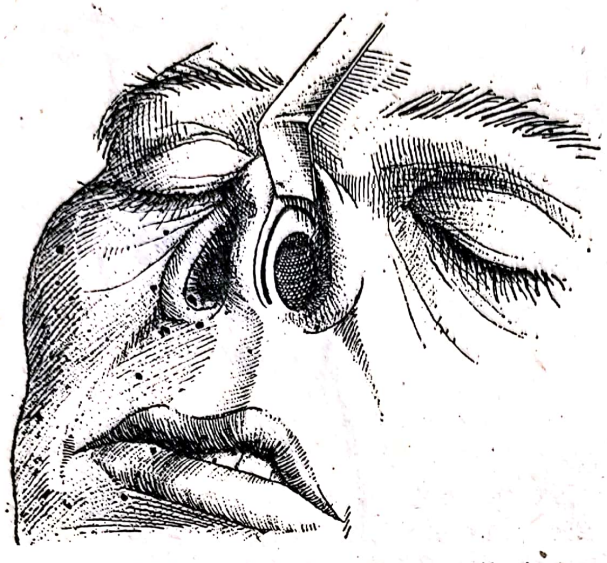


Fig. 8. Incizia combinată, intercartilaginoasă-transfixiantă (după Aubry)

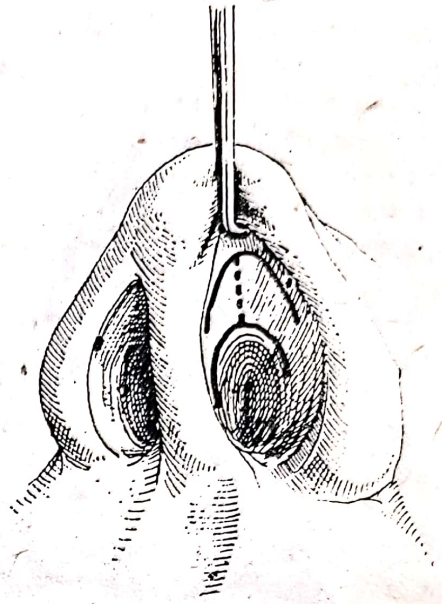


Fig. 9 Incizia vestibulară combinată tip Safian (după Pech)

nat etc. Este necesar ca ele să fie strict limitate ca întindere, executate ferm, fără ezitări, cu instrumente foarte bine ascuțite. Autorii lucrării de față folosesc un fragment de lamă de bărbierit, prins cu o pensă hemostatică fără gheare, așa cum recomanda Racoveanu. Se obțin astfel incizii foarte fine, fără traumatizarea tegumentelor și țesuturilor. În anumite cazuri, pentru mai multă precizie, locul inciziilor poate fi conturat înainte de intervenție cu o perlă de nitrat de argint fină sau prin alt procedeu.

Inciziile externe sînt mai puțin utilizate în chirurgia corectoare și mai mult în cea reparatoare a nasului. În chirurgia corectoare ele se practică numai în cazul unor deformații mari, deoarece creează căi de acces confortabile în diferite zone ale piramidei nazale unde trebuie intervenit.

Cele mai vizibile incizii externe sînt acelea executate la vîrful lobulului nazal cu concavitatea în jos, în unghiul intern al ochiului sau în regiunea intersprîncenoasă. De aceea trebuie cu atît mai mult să fie limitate la maximum, executate fără ezitări și cu instrumente foarte bine ascuțite. Ele se utilizează numai în cazul în care printr-o incizie ascunsă nu se poate obține o corecție în condiții identice.

În cadrul inciziilor externe menționăm o categorie de incizii care — datorită locului unde sînt practicate — au un caracter mai discret, fiind numite pentru acest motiv semivizibile. Asemenea incizii sînt cele executate în arcada sprîncenoasă, de-a lungul subcloazonului, în șanțul nazogenian sau care urmează marginea liberă a aripii nasului. Tot semivizibilă este și incizia în trompă de elefant (Meyer), ce însoțește marginea inferioară a cartilajului alar, la început a părții laterale și apoi a părții mediale, pînă la baza columelei, unde aceasta se secționează, menajînd cartilajul columelar. Incizia în trompă de elefant are o serie de variante care conferă căi de acces mai mult sau mai puțin bune în regiunea lobulului, toate avînd însă inconvenientul creării unei

Scanned with OKEN Scanner

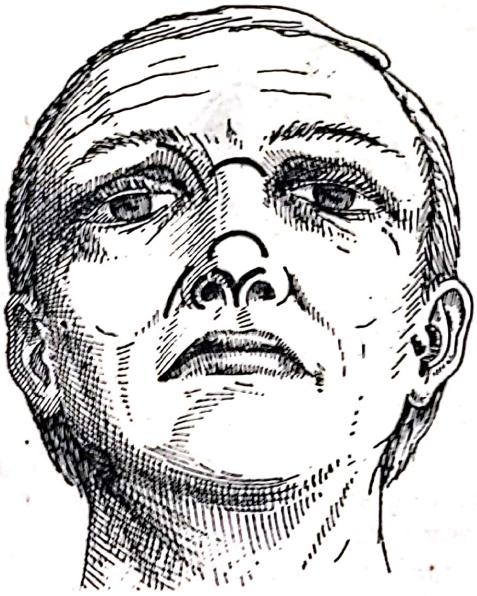


Fig. 10. Diferite incizii în rinop lastii (după Popian)

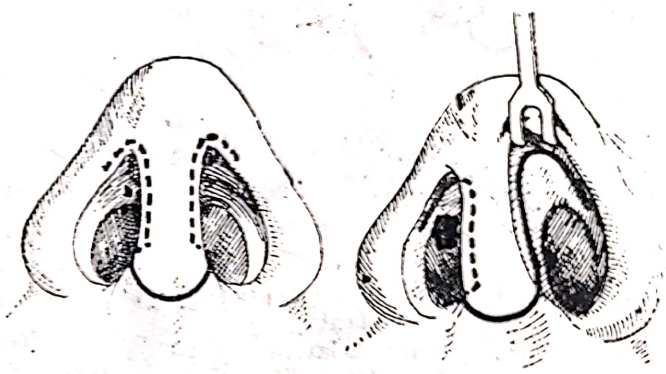


Fig. 11. Incizia în trompă de elefant tip Meyer (după Pech)

diminuări — de diferite grade — a irigării lamboului columelar. Pentru a evita diminuarea irigării lamboului columelar, Rethi propune incizia transversală a subcloazonului la unirea treimei anterioare cu treimea mijlocie, deşi rezultă o cicatrice mai vizibilă.

Tot în cadrul inciziilor externe semivizibile se situează şi incizia în aripi de pasăre (Kazandjian) care — aşa cum numele o arată — are aspectul unor aripi de pasăre ce conturează cele două aripi ale nasului la nivelul rebordului narinar, întîlnindu-se în unghi ascuţit în regiunea anterioară a columelei. Prelungirea aripilor laterale ale inciziei în aripi de pasăre pînă la baza aripilor nasului este o altă variantă imaginată şi utilizată de Schultz. Semivizibilă este şi incizia în formă de *Y*, cu braţul central situat mediocolumelar, iar cele două braţe care se desfac din primul conturează partea superointernă a narinelor. Ea a fost imaginată de Popian şi Gensoul. Mai rar folosită este incizia mediocolumelară, practicată de Dufourmentel, Brown şi alţii, în scopul introducerii unui grefon sau al obţinerii unei căi de acces în regiunea interseptocolumelară. În prezent este foarte puţin folosită, deoarece aceleaşi rezultate pot fi realizate prin incizii vestibulare, evitînd o cicatrice mediocolumelară, care — uneori — este destul de disgraţioasă.

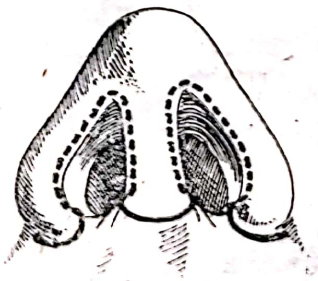


Fig. 12. Incizia în trompă de elefant tip Cooghlin (după Pech)

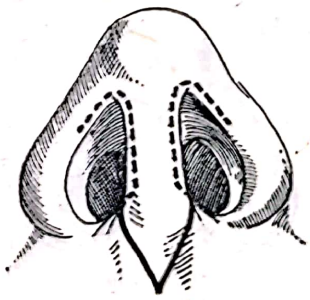


Fig. 13. Incizia în trompă de elefant tip Hage (după Pech)

Scanned with OKEN Scanner

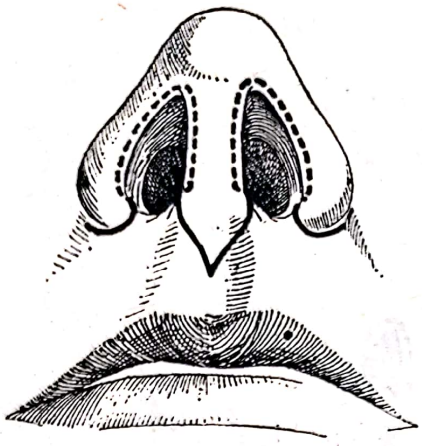


Fig. 14. Incizia în trompă de elefant tip Hage, prelungită lateral (după Pech)

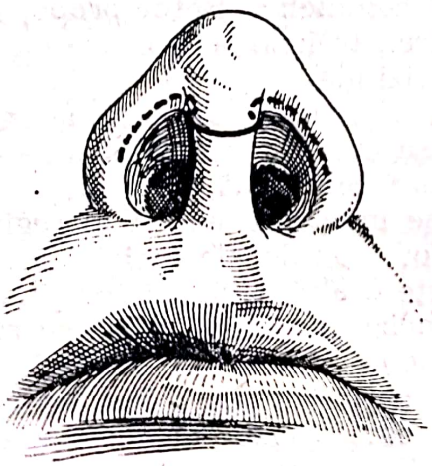


Fig. 15. Incizia tip Rethi (după Pech)

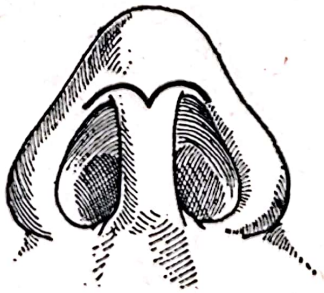


Fig. 16. Incizia în aripi de pasăre tip Kazandjian (după Pech)

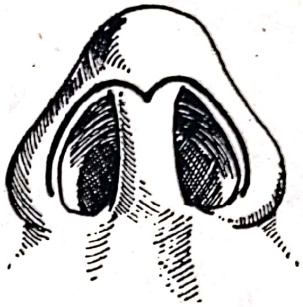


Fig. 17. Incizia cu aripile prelungite lateral tip Schültz (după Pech)

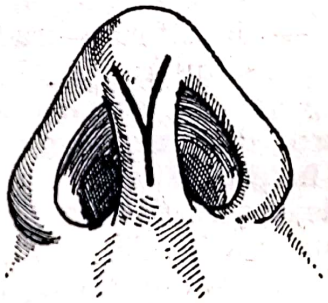


Fig. 18. Incizia în *Y* tip Popian-Gensoul (după Pech)

Fig. 19. Incizia mediocolumelară (după Pech)

Scanned with OKEN Scanner

3.1.2. SUTURILE

Scopul principal în chirurgia reparatoare și corectoare a nasului este — după cum s-a arătat — fie corecția unor deformații congenitale sau cîștigate, fie refacerea morfofuncțională a structurilor afectate printr-un proces patologic ori destructiv al piramidei nazale. Refacerea unui ansamblu armonios al figurii prin corectare și mai ales refacerea unei piramide nazale distruse parțial sau total au o mare valoare pentru bolnavul greu de încercat de infirmitatea pe care este obligat s-o suporte.

În procesul reconstructiv pe care chirurgul îl angajează prin executarea a o serie de intervenții în vederea obținerii unor rezultate morfofuncționale cît mai aproape de normal, suturile au un rol deosebit atît prin modul de execuție, cît mai ales prin alegerea genului cel mai indicat de sutură.

Chirurgia feței, în general, și chirurgia plastică a nasului, în special, presupun finețe în executarea actului chirurgical și menajament al țesuturilor pe care se lucrează, pentru obținerea unui rezultat estetic cît mai satisfăcător. Datorită acestor motive suturile au o serie de particularități. Ele urmăresc o afrontare cît mai minuțios executată a buzelor plăgii, fără ca firele de sutură să strivească țesuturile prin strîngerea lor exagerată. Afrontarea trebuie să mențină buzele plăgii la același nivel, deoarece eventualele denivelări apărute din cauza suturii, ca și strîngerea excesivă a tegumentelor duc la cicatrice inestetice.

În urma executării unor incizii, fie din cauza infiltrației anestezice, fie a însuși traumatismului datorat inciziei, buzele plăgii operatorii suferă o serie de deformări, retracții etc., de care trebuie să se țină seama la refacerea țesuturilor. În scopul obținerii unei cicatrice cît mai puțin vizibile este necesar, de asemenea, ca tracțiunea pe punctele de sutură să fie dozată egal. Nici modul în care se pun punctele de sutură nu este indiferent. Ordinea de fixare a lor are o mare valoare în așezarea și potrivirea lambourilor pe patul grefei precum și în refacerea zonelor de unde s-au recoltat, mai ales că în aceste din urmă teritorii suturarea tegumentelor exercită o tracțiune adesea extrem de mare din partea țesuturilor. Se începe prin a se fixa cîteva puncte de sutură, cu rol de susținere, ce se numesc fire principale și care — de obicei — sînt impare, primul fir ce afrontează buzele plăgii operatorii așezîndu-se în locul în care se exercită cea mai mare tracțiune a țesuturilor. Acest prim fir, cu rolul său deosebit în apropierea țesuturilor, se numește fir principal central. Celelalte fire principale ce se fixează de o parte și de alta a firului central îndeplinesc același rol ca și firul central : de apropiere și susținere a țesuturilor afrontate. Materialul cu care se fac suturile principale trebuie să fie mai rezistent.

Odată firele principale fixate, buzele plăgii operatorii sînt apropiate și bine susținute. Urmează aplicarea unor fire din material mai subțire, care se situează între firele principale, avînd rol de acoperire. Aceste fire se numesc secundare, dar cu un foarte mare rol în obținerea cicatricelor estetice. Întrucît firele principale sînt, de obicei, din material mai gros, iar prinderea țesuturilor în vederea apropierii și susținerii marginilor plăgii se face mai adînc și mai departe de linia de incizie, se pot obține cicatrice mai puțin estetice în anumite regiuni vi-

Scanned with OKEN Scanner

zibile ale feței și piramidei nazale. După ce s-au fixat toate punctele secundare de acoperire, rînd pe rînd, pot fi înlocuite firele principale de tracțiune sau afrontare cu puncte secundare executate cu fire mai subțiri, înțepîndu-se tegumentele mai aproape de linia de incizie și uniformizînd astfel rezultatul cicatriceal. Acest lucru este posibil numai după ce au fost fixate toate punctele secundare, forța de tracțiune a țesuturilor fiind acum repartizată în mod egal pe toată întinderea inciziei, riscul desfacerii marginii plăgii excluzîndu-se.

În vederea obținerii unor rezultate estetice cît mai bune menționăm faptul că în chirurgia, mai ales reparatoare a nasului, se evită utilizarea firelor pierdute, care vor fi folosite numai în cazul în care nu se poate obține o hemostază bună prin forcipresură sau electrocoagulare ori dacă sînt obligatorii suturile de capitonaj.

De mare însemnătate în obținerea unor cicatrice cît mai estetice îl constituie materialul de sutură, ce este în prezent foarte variat, dar care trebuie ales în raport cu regiunea unde se lucrează și cu tracțiunea ce se exercită de către țesuturi la nivelul punctelor de sutură. De asemenea, trebuie avut în vedere ca punctele de sutură să fie simetrice pe cele două margini ale plăgii, să nu fie situate prea depărtate de linia de incizie, iar afrontarea să se execute cît mai perfect posibil. Pentru realizarea acestor deziderate au fost imaginate și realizate dispozitive care — aplicate pe suprafața ce trebuie suturată — uniformizează suturile. Ele au însă inconvenientul că, oricît ar fi de variate, nu pot cuprinde toată gama aspectelor și întinderilor inciziilor ce trebuie să fie executate în diferitele intervenții restauratoare.

De aceea Passot recomandă confecționarea extemporaneu a dispozitivelor în funcție de configurația plăgii de suturat. S-a căutat totodată să se realizeze suturi discrete, fine și care să nu mai fie tributare unor asemenea aparate. Astfel Cushing a elaborat un procedeu destul de simplu pentru obținerea unei bune simetrii și a paralelismului firelor de sutură folosind ace lungi de croitorie, pe care le trece paralel între ele prin buzele plăgii (Popian).

În anul 1851 Chassaignac imaginează și folosește cu rezultate foarte bune sutura intradermică. Sutura intradermică se execută cu ace fine curbe cu mătase sau orice material de sutură care să nu taie țesuturile, începîndu-se la cca 3—5 mm de una din comisurile plăgii, în axul acesteia, și ieșind în comisură în grosimea dermului, aproape de suprafața tegumentelor. Cu ajutorul acului se trece firul de sutură alternativ prin grosimea dermului fiecărei margini a plăgii, la distanță egală de supra-

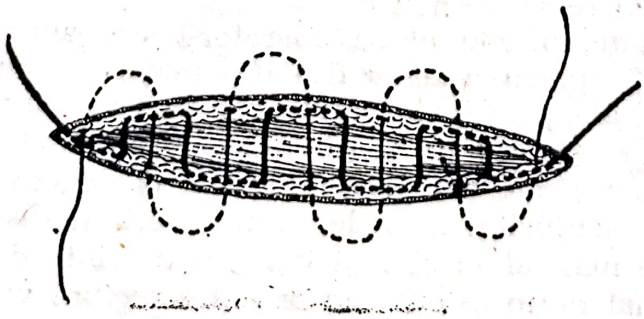


Fig. 20. Sutură tip Chassaignac — linia groasă. Sutură tip Pozzi — linia punctată (după Popian)

Scanned with OKEN Scanner

fața tegumentară, șerpuind între cele două buze ale inciziei pînă la extremitatea opusă, unde firul iese prin comisură la o distanță tot de 3—5 mm. Cu atenție se regularizează marginile plăgii și nu se strînge firul prea mult, pentru a nu se încreți și denivela incizia astfel suturată. Dacă plaga de suturat este prea mare, atunci din loc în loc se pot pune fire de apropiere (siguranță), care să nu permită desfacerea buzelor plăgii. Aceste fire de apropiere vor fi aplicate după metoda punctelor simple, folosită mult în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului și a feței.

Tot în scopul obținerii unei cicatrice cît mai estetice, fără denivelări, unii autori au imaginat și aplică peste o compresă, pusă pe plaga suturată intradermic, o plăcuță cu diferite incizuri, prin care se trec extremitățile firului cu care s-a efectuat sutura intradermică, înnodîndu-se cele două capete peste plăcuță.

Ca și în chirurgia generală, de cele mai multe ori se folosesc în suturi punctele simple. Acest gen de sutură constă în a fixa la început cîteva puncte — fire principale — cu rol de apropiere și susținere. Dintre ele — care sînt, în general, impare ca număr — unul se plasează în mijlocul plăgii unde tracțiunea este mai mare. Acesta este, în majoritatea cazurilor, primul ce se fixează. Celelalte fire principale se distribuie și se fixează în cele două jumătăți ale plăgii, avînd ca și primul rol de apropiere și susținere. Din cauza rolului pe care îl au aceste fire, și mai ales cel central, trebuie să fie solide, confecționate din mătase ceva mai groasă, iar înțeparea tegumentelor la intrarea în una din marginile plăgii și ieșirea în cealaltă se face la o distanță mai mare față de celelalte suturi (3—5 mm). De asemenea, grosimea dermului ambelor margini ale plăgii este mult mai interesată decît la firele numite secundare și care au rol de acoperire.

După ce s-au fixat firele principale care au apropiat și susțin afrontate buzele plăgii, între ele se aplică puncte simple secundare, ce au scopul de acoperire și de afrontare cît mai estetică a marginilor plăgii. Punctele de sutură secundare se fixează cu multă grijă. Ele trebuie să se execute cu ace curbe fine, susținute de portace corespunzătoare. La desfacerea buzelor plăgii și la eversarea acestora nu se folosesc depărătoarele obișnuite, ci două cîrlige atraumatice. Fixarea punctelor simple secundare, după cum recomandă Gillies și alții, se începe cu marginea plăgii opusă poziției operatorului.

Unii chirurgi esteticieni folosesc în sutura inciziilor, mai ales în zona nasului și a feței, alternanța între punctele simple și punctul lui Donati. Punctele Donati sînt oarecum asemănătoare punctelor fixe, însă au mai multă forță de apropiere și susținere a unor margini de plăgi rezultate din pierderi mai mari de tegumente sau în urma recoltării de grefe. Executarea punctelor lui Donati constă din înfigerea acului la 3—4 mm de una din marginile plăgii, pătrunderea adînc în dermul de aceeași parte, trecerea acului prin dermul părții opuse și ieșirea la suprafață, prin străpungerea epidermului, aproximativ la aceeași distanță (3—4 mm) de marginea opusă a plăgii. Se înțeapă apoi tegumentele de aceeași parte, acul pătrunzînd de data aceasta mai aproape de marginea plăgii, la cca 1 mm, se angajează în epiderm, mai superficial, pătrunde simetric în epidermul de cealaltă parte a plăgii și iese la suprafață prin înțeparea tegumentelor, într-un loc simetric părții opuse,

Scanned with OKEN Scanner

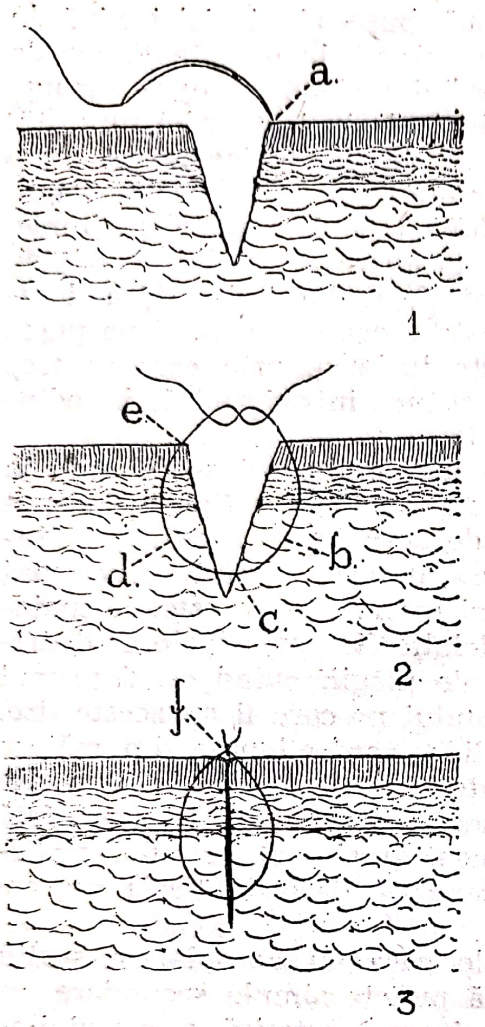


Fig. 21. Sutura prin puncte simple (după Ginestet)

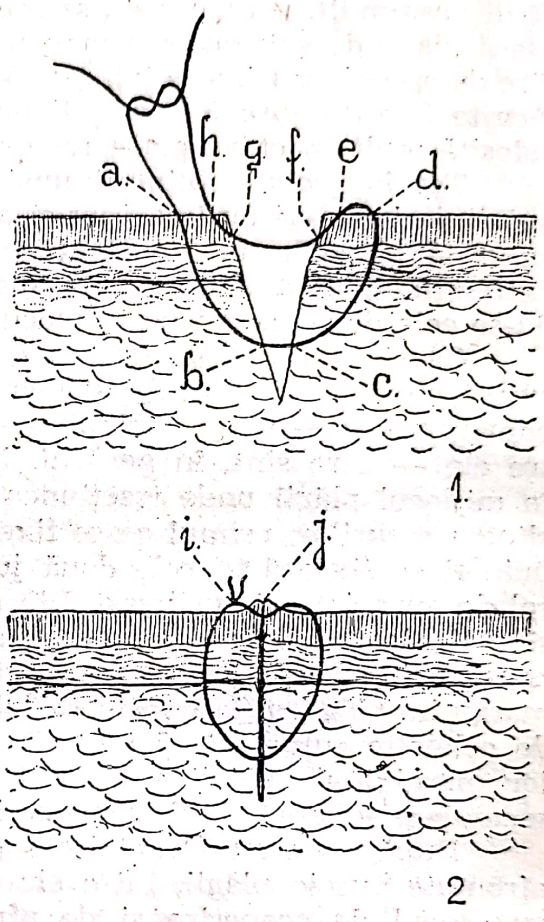


Fig. 22. Sutura prin puncte Donati (după Ginestet)

adică la cca 1 mm de marginea sîngerîndă a plăgii. Se face o afrontare bună a celor două margini ale plăgii și apoi se execută nodul chirurgical, fără a se strînge puternic. Punctele Donati, inserate printre punctele fixe, dau mai multă siguranță menținerii unei bune apropieri și afrontări a buzelor plăgii suturate.

Ordinea în care se scot firele nu este lipsită de importanță. Este esențial ca primele fire ce se scot, cam în ziua a patra sau a cincea, să fie cele aplicate prin punctele Donati și numai după aceea, aproximativ în a șasea sau a șaptea zi, să fie extrase firele din punctele simple.

Sînt situații cînd lamboul de formă unghiulară trebuie întins mult pentru a acoperi suprafața afectată. În acest caz este nevoie de o sutură estetică, dar și suficient de rezistentă ca să mențină lamboul pe locul fixat. Se pătrunde cu acul într-una din marginile plăgii ce trebuie acoperită, se scoate acul de aceeași parte din grosimea tegumentelor — mai mult sau mai puțin profund, în funcție de tracțiunea care trebuie exercitată asupra lamboului —, se trece cu acul orizontal prin

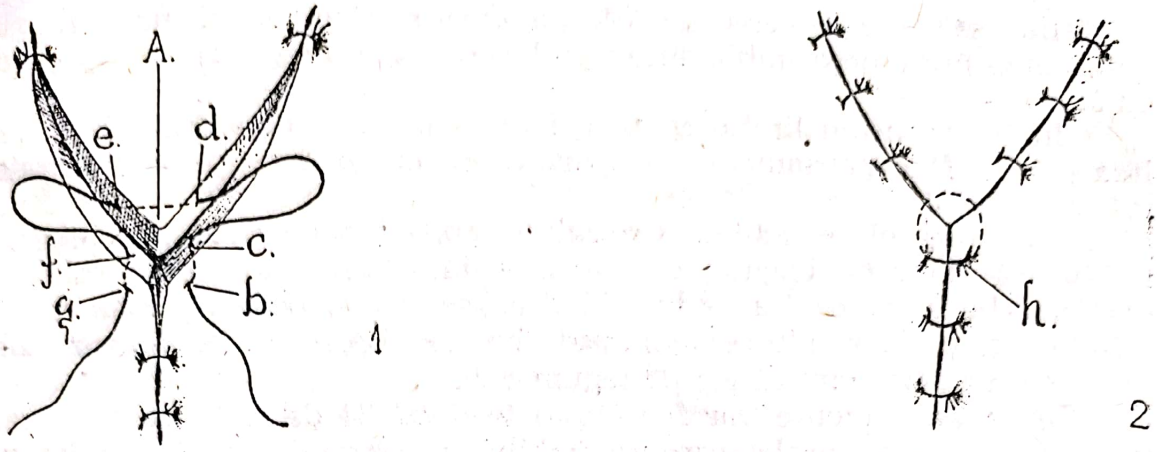


Fig. 23. Sutura unui lambou în unghi (după Ginestet)

lamboul unghiular, la o distanță și o profunzime corespunzătoare, în așa fel încît lamboul unghiular să se plaseze exact în deschizătura unghiului plăgii ce trebuie acoperită. Acul trebuie să iasă din grosimea dermului lamboului la același nivel și distanță de vîrf față de locul de pătrundere în lambou. Se pătrunde apoi cu acul în cealaltă margine a plăgii, la aceeași distanță și profunzime față de prima buză a plăgii care trebuie acoperită.

În cazul în care trebuie apropiate buzele unei plăgi cu pierdere mare de substanță, unde se exercită o tracțiune mare, este bine — pentru mai multă garanție — ca punctele de sutură să nu taie tegumentele, riscînd să se desfacă plaga, să se aplice din loc în loc fire în formă de *U* fixate pe năsturași, pe rulouri sau baghete.

3.1.3. **DRENAJUL**

În general, în regiunea feței și a nasului drenajul este mai rar folosit, deoarece aceste regiuni au o imunitate naturală destul de bună, datorită faptului că sînt regiuni descoperite, cu vascularizație foarte bogată și care dispun de cavități naturale de drenaj, cum sînt fosele nazale și sinusurile feței. Cînd totuși este necesar trebuie folosit un drenaj fin, care să nu provoace o cicatrice inestetică. În plăgile întinse se poate utiliza drenajul tip Redon sau firele de setolină, nailon ori chiar de mătase, aplicate cu discreție.

În chirurgia reparatoare a nasului, îndeosebi în rinoplastie totală, se folosește pentru drenajul secrețiilor nazale, ca și pentru menținerea conturului orificiilor narinare tuburi de cauciuc sau diferite materiale sintetice, ce sînt bine tolerate de organism și care asigură rezultate bune postoperatorii.

3.1.4. **PANSAMENTELE**

Pansamentele — atît cele executate imediat postoperator cît și cele efectuate mai tîrziu — este bine să fie executate de chirurg, care poate urmări în acest mod evoluția postoperatorie și decide cînd și ce fire trebuie scoase.

Scanned with OKEN Scanner

În fosele nazale pansamentele pot lipsi sau pot fi rezumate la aplicarea unei mici meșe îmbibate cu pulbere de antibiotic ori cu o pomadă cu antibiotic.

În intervențiile limitate, unde incizia nu este prea întinsă, se pot lăsa plăgile fără pansamente, acoperindu-se cu un lac aplicat cu ajutorul unui atomizor.

Pansamentele executate în regiunea piramidei nazale și a feței nu trebuie să fie prea bogate, cu multă vată, pentru a menaja orificiile nazale, orbitele și cavitatea bucală. De asemenea, pe cît posibil vor fi evitate fețele, folosindu-se mai mult benzile adezive sau diferite substanțe care lipesc compresele pe tegumente.

Unele pansamente vor fi schimbate după 24 de ore, cum sînt cele aplicate în fosele nazale, care se îmbibă cu secreții, necesitînd fie înnoirea lor, fie îndepărtarea definitivă a acestora. Alte pansamente, aplicate pe incizii și tegumente vor fi schimbate — după caz — a treia, a patra sau chiar a șaptea zi.

Eventualele colecții purulente ori hematoame se evacuează și se drenează. În aceste cazuri atît drenajul, cît și supravegherea cicatrizării vor fi minuțios urmărite zilnic de către chirurg, pentru a nu se compromite rezultatul estetic al intervenției.

3.1.5. CONTENȚIA

În chirurgia corectoare și reparatoare a nasului după fracturi recente, fracturi vechi sau malformații ale piramidei nazale, în urma intervențiilor chirurgicale de redresare sau corectare, este absolut necesar ca piramida nazală să fie menținută o perioadă de timp într-o anumită poziție, fie pe linia mediană, fie în hipercorecție, pînă cînd nasul se consolidează în poziția și forma pe care dorim să i-o imprimăm.

În decursul anilor au fost construite diferite aparate de contenție și contrapresiune a piramidei nazale, ce erau complicate și nu au dat satisfacția necesară, în raport cu dificultatea de a fi aplicate. Dintre ele poate fi citat cel imaginat de Joseph și modificat de Popian, care — deși este adaptabil la diferite situații de contenție sau hipercorecție — are dezavantajul că nu este suficient de imobil, ceea ce face nerealizabilă menținerea constantă a piramidei în poziția inițială. Au mai fost experimentate căști gipsate, confecționate imediat după operație, pe care se fixează în regiunea frontonazală diferite sisteme de contenție a piramidei nazale. Aceste sisteme sînt greu de confecționat și nici nu dau satisfacție prin rezultatele ce se obțin. Un alt sistem de contenție este cel fixat pe o proteză a maxilarului superior cu ajutorul unor tije metalice ce ies din cavitatea bucală la nivelul comisurilor labiale și converg către piramida nazală, pe care o comprimă prin intermediul unui dispozitiv special. Dar și acesta este greu de suportat de către bolnavi și nu dă rezultate mulțumitoare. Pentru evitarea unor astfel de dispozitive s-a căutat simplificarea contenției. Astfel, în fracturile recente, cu deplasarea laterală a oaselor piramidei se poate face contenția, după redresare, printr-o simplă bandă de leucoplast aplicată în hipercorecție.

Scanned with OKEN Scanner

Un gen de contenție destul de ușor de utilizat este cel citat de Popian, care constă din aplicarea a două rulouri de tifon, fixate bine cu benzi de leucoplast, ce mențin piramida nazală, fie în poziția mediană, fie în hipercorecție, în funcție de scopul urmărit.

În fracturile cu înfundare a piramidei nazale și unde, după redresarea piramidei, se remarcă tendința de revenire a acesteia în poziția avută imediat după fractură noi utilizăm metoda folosită de Racoveanu, care nu este altceva decît procedeul utilizat de Dufourmentel și Sebileau în asemenea cazuri și căruia i-a adus unele mici modificări. Metoda constă din supunerea oaselor piramidei nazale fracturate și redresate la două presiuni antagoniste, una endonazală și alta externă, care să permită menținerea oaselor fracturate într-o poziție cît mai corectă. Presiunea endonazală se realizează făcînd imediat după ce am redresat piramida un tamponament bine presat, cu meșe îmbibate cu soluție de antibiotice și oleoase, care să împingă spre exterior fragmentele de fractură osoasă, realizîndu-se în acest prim timp un nas borcănat. Acest tamponament endonazal, bine executat și egal presat de ambele părți, este de capitală importanță în menținerea septului nazal pe linia mediană, el realizînd în același timp o hemostază perfectă și evitînd formarea hematoamelor septale cu toate consecințele nefaste ale acestora.

Al doilea timp al imobilizării și contenției oaselor piramidei fracturate constă în asigurarea unei contrapresiuni externe printr-un mulaj care să exercite — din afară spre înăuntru — o presiune asupra fragmentelor osoase, conturînd în același timp aspectul viitoarei piramide dorite.

Mulajul se confecționează din benzi de leucoplast și cîteva straturi de tifon, între care se introduc un strat fin de vată și un căluș din tablă de aluminiu, alamă sau orice alt metal care să poată fi tăiat cu o foarfecă mai puternică, dîndu-i forma dorită. Tabla din care se obține atela trebuie să aibă aproximativ 1 mm grosime și să se poată îndoi după nevoie, menținîndu-și ulterior forma dată. Atela este de formă ovală, cu diametrul cel mare egal cu lungimea nasului ; ea se îndoaie de-a lungul acestui diametru, formînd un jgheab în care pătrunde piramida nazală.

Noi începem confecționarea mulajului prin aplicarea pe dosul nasului a unei benzi de leucoplast ce pornește de la unirea subcloazonului cu buza superioară și se întinde pînă la treimea superioară a frunții. Înainte de a lipi banda de leucoplast, care are aproximativ 1 cm lățime, ridicăm vîrful nasului și încrețim pielea acestuia printr-o mișcare cu policele și indexul, alunecînd de jos în sus. La nivelul frunții, încrețim pielea în sens invers, de sus în jos, înainte de lipirea leucoplastului. La nivelul subcloazonului tăiem cu foarfeca leucoplastul astfel.încît să nu acopere fosele nazale și să se limiteze la aderarea lui numai pe columelă. Pentru a fi siguri că vîrful nasului este menținut în poziție bună, mai aplicăm o bandă de leucoplast în ansă, care să treacă pe sub columelă și apoi să se lipească de o parte și de cealaltă a primei benzi întinse pe dosul nasului, pînă la același nivel pe frunte. Aici, la nivelul frunții, se așază două fragmente de leucoplast transversal, pe extremitățile benzilor aplicate longitudinal, în vederea asigurării fixității aces-

Scanned with OKEN Scanner

tora. La nivelul narinelor ajustăm apoi cu o forfecuță ansa de leucoplast, ca să avem libere orificiile narinare.

Se trece la confecționarea atelei metalice, așa cum s-a arătat anterior, dintr-un material cu grosime de cca 1 mm tablă de aluminiu, alamă sau alt metal, fie direct, fie după ce am confecționat înainte un model din carton ori hîrtie. Înainte de îndoirea atelei de-a lungul diametrului mare se taie cîteva comprese, între care se așază un strat fin de vată, ce are rolul să amortizeze presiunea atelei pe tegumente și să evite formarea de zone de necroză. Compresele se așază pe piramida nazală, peste care se aplică călușul metalic. Cele două aripi ale călușului se strîng prin presiune digitală în așa măsură, încît să se opună contrapresiunii exercitate dinăuntru de mețele introduse endonazal. În felul acesta fragmentele osoase supuse celor două presiuni se consolidează în poziția dorită. Trebuie să menționăm faptul că este foarte important să nu se exercite o presiune prea puternică pe aripile călușului, care ar putea produce necroze pe tegumentele nasului, dar nici să nu se realizeze presiunea necesară pentru a da o formă estetică piramidei. Urmează în continuare fixarea transversală a atelei metalice, cu ajutorul a trei benzi de leucoplast de 1 cm lățime. Se începe prin lipirea benzilor, cu jumătatea lor, pe întinderea muchiei atelei, apoi se fixează lateral pînă sub nivelul inserției pavilionului auricular după ce tegumentele au fost împinse dinspre ureche spre nas, astfel ca prin revenirea acestora în poziție normală să întindă benzile de leucoplast și să preseze cît mai bine atela pe piramidă.

În scopul fixării mai bine a benzilor transversale pe atelă noi mai aplicăm o ansă de leucoplast, care — pornind de la nivelul frunții — trece lateral pe aripa atelei peste benzile transversale, înconjoară subcloazonul și trece pe aripa cealaltă a atelei peste benzile transversale, urcînd pînă la nivelul frunții, unde este fixată printr-o mică bandă sau două de leucoplast, așezate transversal. Trecem apoi transversal pe aripile atelei două benzi de leucoplast, ce se întind numai cît ține lățimea aripilor atelei și care au scopul să fixeze ansa de leucoplast aplicată anterior la aripile atelei metalice.

Pentru ca marginile atelei metalice să nu producă rănirea tegumentelor cînd se exercită presiunea digitală necesară modelării viitoarei piramide, este bine ca ele să fie puțin șlefuite cu o pilă fină și apoi să se aplice de-a lungul marginilor atelei o bandă de leucoplast de cca 1 cm lățime, care să se situeze la 1/2 cm pe fața externă și la 1/2 cm pe fața profundă, înfășurînd astfel pe toată întinderea ei muchia atelei.

În fracturile oaselor piramidei nazale cu deplasare laterală se mai poate folosi o tehnică utilizînd benzile de leucoplast și o atelă metalică (căluș), astfel : se aplică transversal pe piramida nazală, care în prealabil a fost redresată și pusă în poziție corectă, cîteva benzi de leucoplast de aproximativ 1 cm lățime. Pentru fixarea într-o poziție bună a vîrfului nasului, se trece o ansă de leucoplast pe sub columelă, iar cele două benzi care formează ansa sînt fixate pe cele două laturi ale piramidei nazale pînă la regiunea intersprîncenoasă sau, mai bine, pînă în regiunea frunții. Înainte de a se fixa pe margini cele două benzi este indicat să se ridice vîrful nasului în hipercorecție, pentru a fi menținut în poziția dorită. La extremitatea superioară a benzilor care formează

Scanned with OKEN Scanner

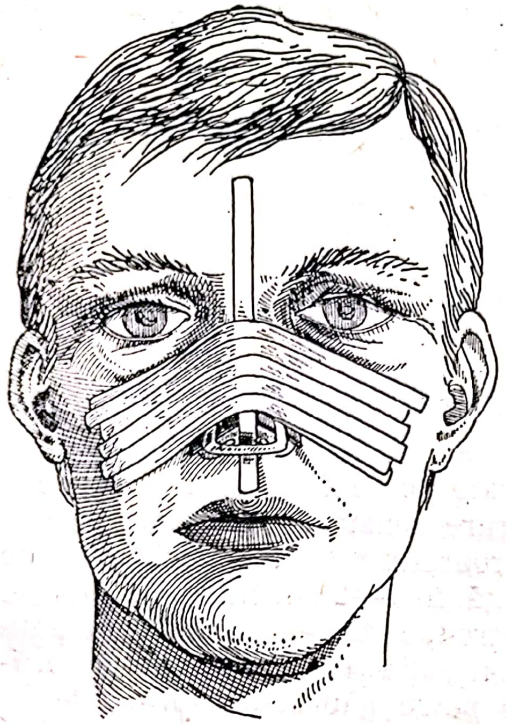


Fig. 24. Aplicarea și fixarea atelei metalice cu benzi de leucoplast pentru contenția oaselor piramidei nazale în poziția dorită (după Firică)

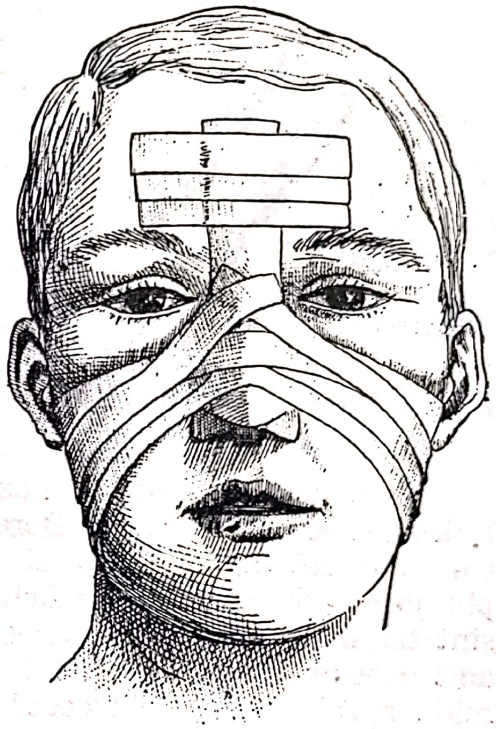


Fig. 25. Fixarea atelei metalice cu benzi de leucoplast (după Racoveanu)

ansa de susținere a vîrfului nasului se aplică una sau două benzi transversale care să fixeze bine pe regiunea frontală ansa și să nu permită căderea vîrfului nasului. Peste benzile de leucoplast ce fixează piramida nazală în poziția corectă se pun cîteva comprese, între care se introduce un strat fin de vată. Deasupra compreselor este aplicată atela metalică (călușul) Cele două aripi ale atelei sînt supuse unei presiuni digitale, ce are scopul să confere piramidei nazale forma corectă și pe care trebuie s-o conserve pînă la consolidarea fracturii. Atela metalică este fixată apoi prin cîteva benzi de leucoplast în poziția convenabilă.

Unii autori aplică o bandă transversală și încă două benzi în *X* (Aubry). Benzile de leucoplast pot fi așezate și în alte moduri, cu condiția însă să fixeze bine atela metalică în poziție optimă. Converse recomandă folosirea unei plăci de stents, pe care așază o atelă metalică.

În situația în care piramida fracturată are tendința să se înfunde, se utilizează unul din următoarele procedee : sau se face un tamponament bine presat al foselor nazale, introducîndu-se cîte un tub de cauciuc cu diametrul convenabil în ambele fose nazale pentru a asigura o respirație nazală acceptabilă și care să folosească și la drenajul secrețiilor, sau este folosit aparatul de contenție Aubry-Palfer-Sollier, care — sprijinindu-se pe buza superioară — îngăduie pătrunderea în fosele nazale a două dispozitive ce se pot regla după nevoie, permițînd ridicarea piramidei nazale cît este necesar și menținînd-o în poziția dorită. Se înțelege că în ambele procedee se impune contrapresiunea externă printr-o atelă metalică.

Scanned with OKEN Scanner

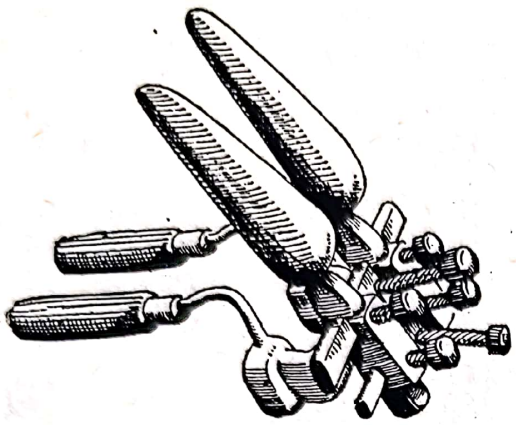


Fig. 26. Aparatul de contenție Aubry și Palfer-Sollier (după Aubry)

Înfundarea piramidei nazale fracturate poate fi evitată și prin folosirea procedeului James-Baret-Brown, care constă în aplicarea pe fiecare din cei doi versanți ai piramidei redresate a cîte unei plăci de plumb ce prezintă două orificii la o distanță de 1—2 cm între ele. Plăcile sînt fixate în poziția convenabilă prin introducerea — cu ajutorul unui ac Reverdin drept — a unui fir de nailon solid, care să străbată piramida nazală și septul trecînd prin cele patru găuri sub formă de *U*, fixînd astfel cele două plăci și prin ele piramida nazală în poziția dorită. Aubry utilizează lame de teflon în loc de plăci de plumb. Se pot folosi și plăci din alte materiale plastice. Între tegumente și placa respectivă este bine să se interpună o compresă îmbibată în ulei de parafină.

Scanned with OKEN Scanner

INDICAȚII ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

4.1. AFECȚIUNILE CARE BENEFICIAZĂ DE CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI

În general se poate afirma că pot beneficia — într-un grad mai mare sau mai mic — de chirurgia corectoare și reparatoare a nasului toate deformațiile congenitale sau cîștigate care produc modificări morfologice și tulburări funcționale recuperabile ale piramidei nazale.

Chirurgia corectoare și reparatoare a nasului se practică în prezent din ce în ce mai frecvent datorită înmulțirii cazurilor care apar în urma creșterii și diversificării cauzelor ce produc displastii nazale sau destrucții în diferite grade ale piramidei nazale.

Displastiile nazale se conturează mai puțin înaintea vîrstei de 14 ani, deși uneori factorii traumatizanți au acționat asupra piramidei foarte de timpuriu sau chiar în timpul travaliului. Așa se explică faptul că mai mulți copii născuți de aceeași mamă au dismorfii septonazale asemănătoare, care altădată erau considerate de natură numai genetică. Și totuși există o serie întreagă de malformații congenitale, evident la vîrste mult mai fragede. Așa, de pildă, se poate cita aplazia nazală, care se observă foarte rar. Această malformație este asociată în majoritatea cazurilor cu alte dismorfii, ce sînt incompatibile cu viața. De asemenea, foarte rar întîlnit este și rudimentul de nas cu aspect de trompă la ciclocefali. Davis a prezentat un caz de acest gen în 1935 (Firică). Altă malformație congenitală vizibilă foarte precoce este agenezia nazală unilaterală, care — de obicei — este asociată cu absența sinusului de aceeași parte.

O serie de malformații ale piramidei nazale de natură congenitală și care se evidențiază încă de la naștere sînt asociate fisurilor mediane ale feței, ce apar în urma insuficientei coalescențe a mugurilor feței. Astfel, în fisura mediană majoră, cauzată de lipsa coalescenței mugurilor nazali extern și intern, oasele proprii ale nasului lipsesc. Există numai două rudimente, care se deschid distal prin cîte un orificiu narinar și separate de o depresiune. În fisura mediană mijlocie piramida nazală este unică, lată și turtită, avînd o depresiune longitudinală pe linia mediană, iar în cea mediană minoră are vîrful bifid și piramida lățită. Tot de la naștere este evidentă și malformația congenitală numită *Proboscis lateralis*, de forma unei pseudotrompe care ia naștere în unghiul intern al orbitei și sfîrșește cu un rudiment narinar. Cealaltă jumătate a nasului este normală.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 27. Ciclocefal (după Sercer)

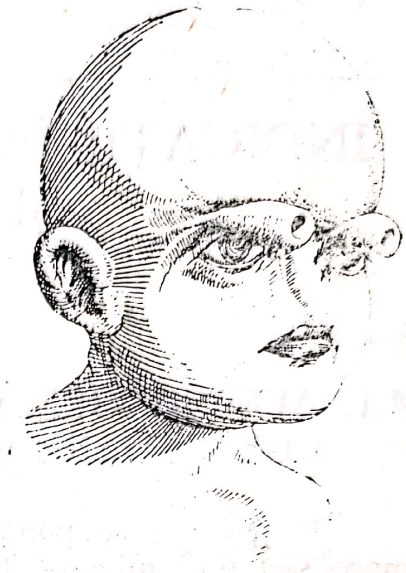


Fig. 28. Fisura mediană majoră (după Sercer)

Fig. 29. Fisura mediană mijlocie (după Sercer)

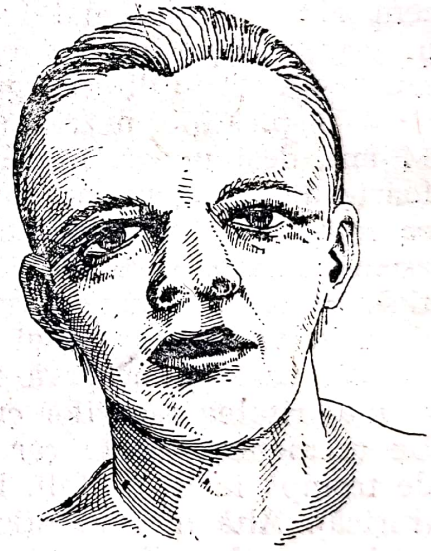


Fig. 30. Fisura mediană minoră (după Sercer)

Cele mai dese malformații congenitale ale nasului apar însă legate de buza de iepure unilaterală sau bilaterală. Deformațiile piramidei nazale în acest caz sînt foarte variate și complexe, fiind în raport cu malformațiile buzei și trebuind să fie rezolvate chirurgical combinat cu malformația buzei.

Dismorfiile congenitale ale piramidei nazale arătate mai sus sînt foarte rar întîlnite și apar evidente imediat după naștere.

Cele mai frecvente dismorfii ale nasului apar la o perioadă variabilă după naștere, în timpul copilăriei și apoi mai tîrziu, în cursul vieții, provocate de o varietate întreagă de cauze. Dintre toți factorii care determină modificări ale piramidei nazale trebuie amintit în primul rînd

Scanned with OKEN Scanner

traumatismul. Acesta poate influența conformația nasului — așa după cum arată Racoveanu — chiar de la naștere, din cauza unei conformații vicioase sau prea strîmte a bazinului mamei, ce exercită o presiune prea mare asupra piramidei nazale a fătului în timpul expulzării acestuia. În alte cazuri dismorfiile nazale sînt cauzate și de traumatismele chirurgicale prin aplicarea forcepsului. Întrucît la vîrsta aceea elementele componente ale scheletului piramidei nazale nu sînt complet osificate, cu un grad destul de mare de elasticitate, ele pot fi dislocate fără ca să se observe imediat o modificare a nasului. Dismorfiile provocate astfel apar mai tîrziu și în cea mai mare parte a situațiilor devin evidente prin creștere (Racoveanu).

Dismorfiile piramidei nazale care devin vizibile și se accentuează prin creștere, ajungînd de multe ori la displastii ce trebuie operate, pot fi dobîndite și în perioada primei copilării — pînă cînd copilul învață să meargă, dar și după aceea.

În tot cursul vieții traumatismele constituie cauzele cele mai frecvente ale displastiilor nazale. Ele produc fracturi ale oaselor piramidei nazale, cu sau fără deplasare a fragmentelor osoase, cu malpoziții ale nasului, care solicită în multe cazuri intervenții imediate. În alte cazuri, cînd aceste fracturi au fost neglijate și se consolidează vicios, se impun intervenții ulterioare mult mai laborioase și cu rezultate discutabile. Uneori fracturile se limitează numai la oasele piramidei nazale, alteori, și atunci lucrurile se complică, ele sînt asociate cu fracturi ale maxilarului superior sau ale mandibulei. În aceste situații este indicat un tratament chirurgical combinat al rinologului cu al unui chirurg maxilo-facial.

Traumatismele obstetricale și cele din primă copilărie interesează aproape exclusiv țesuturile de susținere, oasele și cartilajele, ele beneficiind — cînd vîrsta permite — de o chirurgie corectoare a piramidei nazale.

Traumatismele datorate accidentelor, precum și rănirilor — în timp de pace sau de război — interesează de cele mai multe ori atît oasele și cartilajele, cît și tegumentele, ceea ce face ca intervențiile chirurgicale care se execută să fie mult mai laborioase, mai complexe, ele încadrîndu-se în chirurgia reparatoare. Totodată, în aceste cazuri și rezultatele estetice sînt mai puțin mulțumitoare.

Intervenții corectoare necesită și displastiile nazale care apar la un timp oarecare după operații executate asupra septului nazal osteocartilaginos, cînd se produc exereze prea întinse, justificate sau nu, în regiunea anterioară și a marginii respective a cartilajului patrulater cu prăbușirea piramidei.

O categorie de destrucții ale piramidei nazale și în special ale porțiunii cartilaginoase ce impun intervenții reparatoare — uneori foarte laborioase și care cer imaginație și competență din partea chirurgilor, — sînt în special cele provocate de mușcături ale unor animale sau chiar de om. În aceste cazuri, dacă se păstrează porțiunea mușcată ori tăiată se obțin rezultate foarte bune prin plasarea — la scurt timp după accident — a fragmentului exact la locul de unde a fost detașat și

Scanned with OKEN Scanner

executarea fină a suturilor. Asemenea situații sînt relativ frecvent citate în literatura de specialitate.

O serie de dismorfii septonazale ce solicită intervenții corectoare sînt cele provocate de tulburări de morfogeneză, asupra cărora Racoveanu insistă și le explică prin insuficiența nazală respiratorie care există la adenoindieni în perioada de creștere. La aceștia se produc deficiențe în creșterea și dezvoltarea masivului craniofacial, cu apariția de malformații ale maxilarului superior și modificarea bolții palatine, care — luînd un aspect ogival — împinge în sus septul nazal, suferind în primul rînd el diferite deformații, pe care le transmite prin dezvoltare și piramidei nazale.

Chirurgul ce practică chirurgia corectoare și reparatoare a nasului este descori solicitat să intervină în cazurile de malformații ale piramidei nazale provocate de o gamă foarte variată de afecțiuni cronice. Astfel, în polipoza deformantă (sindromul Woackes), care se produce mai ales în copilărie, în perioada de dezvoltare a piramidei nazale, oasele proprii nazale și apofizele ascendente ale maxilarului superior sînt împinse lateral lățind nasul, dîndu-i un aspect inestetic. O altă deformație a piramidei nazale, caracterizată prin lărgirea și turtirea acesteia, din cauza unei ozene, se cere adesea să fie corectată chirurgical, cînd aspectul nasului deranjează pe bolnav atît funcțional, cît mai ales estetic.

Două afecțiuni cronice redutabile — tuberculoza și sifilisul — produc o serie de distrugeri ale oaselor, cartilajelor și tegumentelor piramidei nazale. În lupusul tuberculos nasul ia aspectul de „cioc de papagal", ca urmare a deteriorării cartilajelor, urmată de o retracție cicatriceală a tegumentelor, iar în sifilisul terțiar, prin distrugerea cu înfundarea scheletului osteocartilaginos, se ajunge la „nasul în șa" sau „nasul socratic". Aceste deformații, care afectează mult psihicul bolnavilor, solicită corecția sau repararea, după caz, a nasului în cauză.

Hematomul supurat al septului nazal sau abcesul septului nazal produce în anumite situații, cînd s-a întîrziat deschiderea colecției, prăbușirea piramidei nazale, în zona mijlocie ori inferioară a acesteia. Și aceste cazuri se prezintă chirurgului estetician pentru a fi corectate.

Tumorile benigne și maligne solicită de asemenea chirurgia corectoare, dar mai ales reparatoare a nasului. Neveu clasifică tumorile benigne după origine în : tumori neurogene, cum sînt meningoencefaloceul, gliomul și neurofibromul ; tumori ectodermice, unde se situează chistul dermoid ce se dezvoltă pe dosul sau pereții laterali ai piramidei nazale, provocînd o proeminență variabilă ca dimensiuni, cu o consistență fibroasă și, în fine, tumorile mezodermice, în care se încadrează hemangiomul. În cadrul tumorilor benigne trebuie să menționăm pe acelea care nu sînt congenitale : tumorile superficiale — rinofima, nevii, tumorile cheloide etc. — și tumorile profunde — chisturile prin incluziune și tumorile benigne subcutanate.

Tumorile maligne ale piramidei nazale sînt grupate în : epiteliomele pielii și ale vestibulului ; epiteliomele infiltrante ale unghiului intern al orbitei și tumorile care se dezvoltă pe leziuni lupice.

Tumorile maligne — întrucît necesită intervenții anterioare de electrocoagulare, exereze largi și radioterapie — produc mutilări, mai

Scanned with OKEN Scanner

mult sau mai puțin importante, care solicită mai tîrziu rinoplastii reconstructoare. Aceste rinoplastii se fac în raport cu rezolvarea oncologică a cazului și numai după ce repetatele intervenții de exereză sau electrocoagulare și radioterapie indică posibilitatea trecerii la o chirurgie reparatoare complexă a regiunii mutilate.

4.2. CLASIFICAREA DISPLAZIILOR NAZALE

Deformațiile piramidei nazale — denumite malformații de către unii autori, displazii ori displastii de către alții — sînt foarte variate din punctul de vedere al zonei de producere, al formei și al întinderii lor. Pentru a localiza exact sediul deformației nazale Joseph, Dufourmentel și Sebileau au divizat piramida nazală în trei segmente prin trasarea imaginară a două linii : prima trecînd orizontal prin marginea inferioară a oaselor proprii nazale, iar a doua, paralelă cu prima, situată la nivelul unghiului inferior al cartilajelor triunghiulare. Se obțin astfel trei zone sau etaje : superioară și osoasă, mijlocie sau cartilaginoasă și inferioară ori a vîrfului și aripilor nasului, ce corespunde blocului mobil numit astfel de Aubry.

Formele anatomoclinice pe care le prezintă displazia nazală sînt extrem de diverse, în raport cu sediul ei, cu combinația dintre excese și insuficiență a țesuturilor componente ale piramidei, precum și cu prezența unei malpoziții a piramidei, observabilă numai privind din față bolnavul. Aprecierea deformației în cauză și stabilirea intervenției care trebuie executată sînt în funcție de conformația nasului ideal. Nu trebuie să ne lăsăm influențați decît în general de dorințele, uneori exagerate, ale bolnavilor și mai ales ale bolnavelor și să apreciem cu luciditate forma nasului ce se potrivește cel mai bine cu figura, cu sexul și cu celelalte elemente ce concură la obținerea unei armonii cît mai perfecte a fizionomiei.

Marii chirurgi esteticieni, ca Joseph, Dufourmentel, Sebileau, Racoveanu, Stepleanu-Horbatski, Popian și alții, au atras atenția și au subliniat coexistența unei displazii nazale cu o labilitate psihică a bolnavilor, la care se adaugă și diversitatea simțului estetic al acestora, fapt ce impune o apreciere exactă a felului intervenției, dacă aceasta trebuie făcută și ce rezultate se pot obține. De altfel, Joseph este și autorul unei clasificări a bolnavilor ce manifestă labilitate psihică datorită malformațiilor piramidei nazale. El conturează o primă categorie de bolnavi cu sensibilitate estetică normală, ce apreciază exact valoarea displaziei nazale pe care o prezintă, își dau seama de ceea ce se poate obține prin intervenția operatorie și nu au pretenții absurde, mulțumindu-se cu rezultatele postoperatorii, fără să aducă reproșuri chirurgului. O altă categorie este aceea a bolnavilor cu sensibilitate estetică subnormală. Aceștia nu sînt preocupați de deformația piramidei lor nazale, parcă nici nu o observă și de aceea nici nu se adresează chirurgului estetician. Joseph atrage atenția că ar fi o greșeală să li se propună și să se insiste de către medic să accepte actul

Scanned with OKEN Scanner

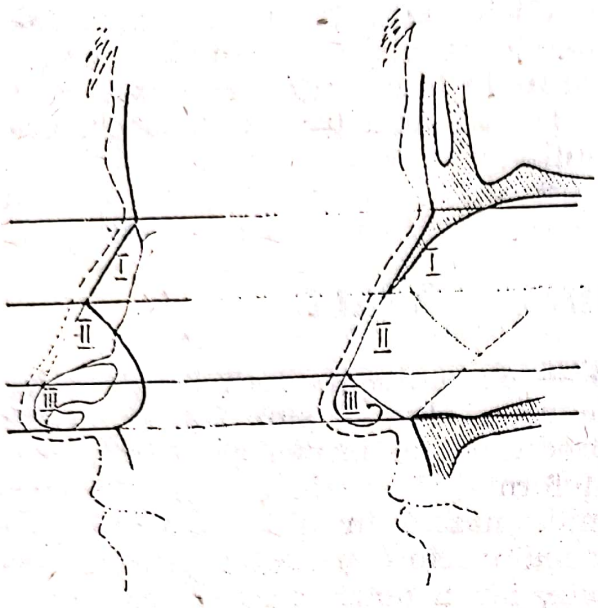


Fig. 31. Împărțirea în cele trei componente a profilului nazal (după Joseph)

chirurgical. A treia grupă o constituie bolnavii cu sensibilitate estetică supranormală. Aici se încadrează indivizii ce exagerează, dramatizează și suferă mult din cauza unei deformații mici a piramidei nazale sau a unei imperfecțiuni închipuite, sperînd ca în urma intervenției chirurgicale să obțină succese în familie, societate și la locul de muncă care să le schimbe total viața. În aceste cazuri trebuie adoptată o prudență deosebită : se explică bolnavilor că deformația, în cazul cînd este mică, nu are importanță, li se arată exact ce rezultate se pot obține și, în orice caz, nu se fac promisiuni de rezultate spectaculoase care să dea iluzii ce nu s-ar putea realiza. Acești bolnavi sînt veșnic nemulțumiți, înclinați să solicite reintervenții și să pretindă performanțe absurde în urma actului chirurgical. A patra categorie menționată este aceea a indivizilor cu sensibilitate estetică perversă, ce solicită intervenții chirurgicale de corectare a unui nas care nu prezintă nici o deformație. Deformația este numai în imaginația lor și de aceea insistă să fie operați, prezentînd reviste ori albume din care să se vadă genul de nas dorit. Astfel de bolnavi trebuie refuzați și evitați, deoarece sînt în măsură să creeze mari necazuri chirurgului. O ultimă categorie, pe care Racoveanu o adaugă clasificării lui Joseph, este aceea în care se încadrează indivizii certați cu justiția care solicită intervenții chirurgicale estetice în scopul schimbării fizionomiei, pentru a-și putea schimba identitatea.

Odată cunoscut terenul bolnavului ce solicită corecția chirurgicală, psihicul acestuia și scopul în care dorește să-și corecteze conformația nasului este necesar un examen minuțios al piramidei și, în raport cu deformațiile constatate, față de una ideală sau de cea care se potrivește cu fizionomia solicitantului, se hotărăște ce anume intervenții trebuie executate. Un element important de orientare în stabilirea intervenției îl constituie determinarea dimensiunilor unghiului nazal estetic ideal al profilului pacientului, care nu trebuie să depășească cu mult, în plus sau în minus, 30°. Unghiul rezultă din intersectarea a două linii imaginare ce pornesc de la rădăcina nasului, una coborînd

Scanned with OKEN Scanner

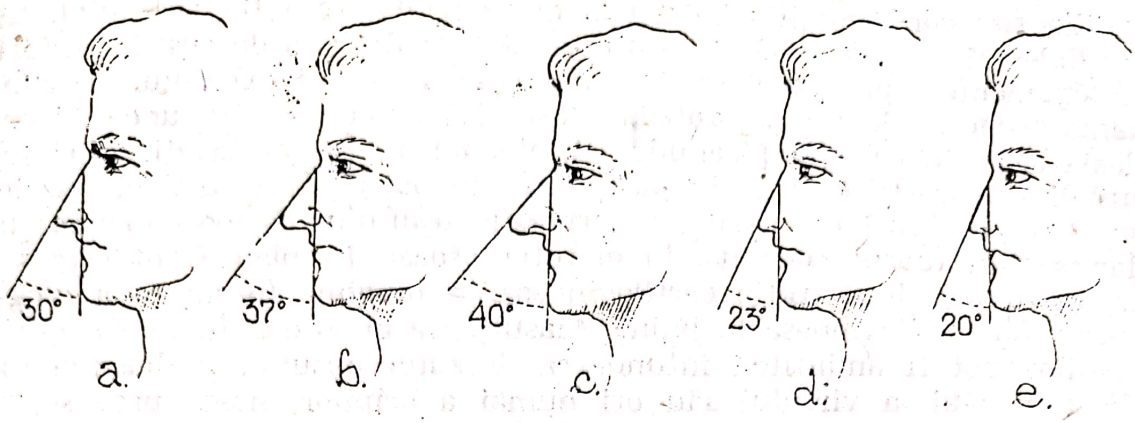


Fig. 32. Unghiul profilului nazal (după Joseph)

vertical pînă la bărbie, iar cealaltă urmînd dorsul nasului. Joseph apreciază că unghiul de 30° reprezintă idealul pentru ca o piramidă nazală să se armonizeze foarte bine cu cea mai mare parte a figurilor și să dea satisfacții maxime atît bolnavilor, cît și chirurgului. Cum însă este greu să se obțină exact valoarea de 30°, Joseph — prin studiile întreprinse — a stabilit ca fiind acceptabile nasurile cu unghiul nazal estetic cuprins între 37° și 27°. Cînd aceste dimensiuni sînt depășite, în plus sau în minus, nasul apare mai mult ori mai puțin în disarmonie cu figura. Unghiul nazal estetic este, fără îndoială, un element orientativ. El trebuie să fie coroborat atît cu celelalte elemente ale feței, cît și cu alți factori care definesc personalitatea bolnavului. Unui bărbat înalt, de exemplu, energic, cu o personalitate bine conturată nu i se poate face un nas cu un unghi estetic mai mic de 23°, cu vîrful ridicat sau cu orificiile narinare prea deschise, așa cum se potrivește mai mult femeilor. Nasul bărbătesc ce exprimă energie se potrivește unui chip energic, caracteristic omului de acțiune. De aceea, chirurgul estetician trebuie să aibă multă imaginație, simț estetic și o serie întreagă de alte calități, care să-i permită ca — în funcție de defectele piramidei de operat și de factorii ce definesc personalitatea bolnavului — să execute intervenția cea mai indicată.

Pentru a aprecia corect deformația piramidei nazale trebuie să avem o imagine precisă asupra clasificării displaziilor nazale, care să ne orienteze rapid asupra aspectului, sediului și elementelor piramidei nazale interesate de dismorfia pe care o prezintă.

Racoveanu, citînd clasificarea lui Dufourmentel și Sebileau, a popularizat la noi în țară sistematizarea displaziilor nazale, ținînd seama în mare măsură de elementul etiopatogenic.

Un prim grup îl constituie displaziile sau displastiile prin pierdere de substanță. În această categorie se încadrează toate deformațiile piramidei nazale care, din cauza unui traumatism sau unei afecțiuni patologice, a suferit pierderi de substanță sau destrucții ale tegumentelor și țesutului de susținere osteocartilaginos, soldîndu-se cu cicatrice vicioase, retractile, inestetice. A doua categorie cuprinde displastiile prin deformație, pentru care noi am propune — ca fiind mai corectă — denumirea de displastii prin conformație. Categoria înglobează defor-

Scanned with OKEN Scanner

mațiile sau conformațiile inestetice genetice datorate fie excesului, fie insuficienței de substanță a țesutului osteocartilaginos de susținere, fără ca tegumentele piramidei să fie interesate. În cazul excesului de substanță osteocartilaginoasă autorii clasificării numesc afecțiunea hiperplazia sau hiperplastia piramidei nazale, iar în cel al insuficienței țesutului osteocartilaginos, hipoplazia sau hipoplastia piramidei nazale. Dintre hiperplastii fac parte : hiperplastia țesutului osteocartilaginos în plan sagital (nasul cocoșat), hipertrofia osoasă în plan frontal (nasul lărgit sau lat), hipertrofia cartilaginoasă în lungime (nasul prea lung), hipertrofia cartilaginoasă în lățime (nasul prea gros) etc. În cadrul hipoplastiilor pot fi amintite : înfundarea dorsului nasului, prăbușirea totală a nasului, a vîrfului său ori numai a aripilor, nasul prea scurt, lobulul nazal prea redus, aripi nazale prea scurte etc. Tot în categoria displastiilor prin deformație sau conformație se încadrează și nasurile situate vicios față de linia mediană, cu o deviație laterală în totalitate ori numai parțial, rezultînd malpoziția piramidei vizibilă mai ales din față.

Racoveanu adaugă clasificării lui Dufourmentel și Sebileau o a treia categorie, aceea a deformațiilor accidentale sau morbide, care — prin etiopatogenia lor — aparțin primei categorii, fiind provocate de accidente urmate de fracturi cu înfundări ori malpoziții ale scheletului piramidei fără interesarea tegumentelor sau determinate de diferite afecțiuni patologice deformante. Din punct de vedere al formei însă aceste displastii aparțin grupei a doua din clasificarea lui Dufourmentel și Sebileau, deoarece tegumentele nu sînt alterate. Rezultatele estetice în intervențiile corectoare ale displastiilor în care tegumentele nu sînt interesate, deși uneori este nevoie să se apeleze la grefe osoase sau cartilaginoase, sînt incomparabil mai bune decît în cele ale displastiilor cu lipsă de substanță tegumentară întinsă și cu destrucții asociate ale țesutului de susținere osteocartilaginos. În acestea din urmă trebuie să se reconstituie mai întîi învelișul tegumentar și mucos al piramidei nazale și apoi țesutul de susținere.

O categorie importantă de conformațiuni vicioase sau deformații prin conformație inestetică care pot beneficia de intervenții corectoare este reprezentată de cele situate în partea inferioară a regiunii cartilaginoase a piramidei nazale, zonă mobilă a nasului — denumită de Aubry blocul mobil —, ce cuprinde partea laterală a cartilajelor alare, partea lor medială, care formează subcloazonul, și lobulul nasului.

Scanned with OKEN Scanner

PROTEZE ŞI GREFE ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ŞI REPARATOARE A NASULUI

În chirurgia corectoare și reparatoare a nasului medicul poate fi pus în fața următoarelor situații :

— să execute intervenția corectoare fără a fi nevoie să adauge nimic pentru realizarea unui nas care să se armonizeze cu figura ;

— să fie obligat să îndepărteze din țesutul de susținere osteocartilaginos excesul ce deformează piramida nazală, cum se procedează cu hiperplastiile nazale (nas cocoșat etc.) ;

— să constate integritate tegumentară, dar deficit în scheletul osteocartilaginos al piramidei nazale, cum se întîmplă în hipoplastiile piramidei (nasul în șa etc.) ;

— să refacă piramida nazală distrusă (parțial sau total), cu lipsa — mai mult ori mai puțin întinsă — atît a scheletului osteocartilaginos, cît și a tegumentelor.

Corecția bună sau reconstrucția cît mai acceptabilă morfofuncțională în ultimele două cazuri obligă medicul să facă apel la proteze sau grefe osteocartilaginoase ori cutanate. Cunoașterea avantajelor și dezavantajelor materialelor folosite, comportarea lor în timp, modul cum sînt suportate de bolnavi și dificultățile de procurare în anumite cazuri sînt de mare importanță în orientarea, de la caz la caz, a atitudinii chirurgicale ce trebuie adoptată.

5.1. MATERIALELE PROTETICE

Materialele protetice utilizate la începutul secolului al XX-lea în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului erau ușor de procurat, dar aveau dezavantajul păstrării caracterului de corpi străini, tolerați de organism nu prea mult timp. Ele erau de natură fie anorganică, fie organică.

5.1.1. PROTEZELE DE NATURĂ ANORGANICĂ

Vaselina și parafina, folosite de Gersuny, Eckstein, Lagarde și alții, au fost curînd abandonate, întrucît provocau în timp iritații locale, vasilinoame sau parafinoame.

Scanned with OKEN Scanner

Delbet, Tuffier și Garrel au încercat să suplinească vaselina cu cauciucul, comunicînd rezultate mulțumitoare. Vial recomandă utilizarea celuloidului ca fiind superior cauciucului. Sanvenero-Rosselli dovedește în 1935 prin cercetările efectuate că atît protezele de cauciuc, cît și cele de celuloid sînt eliminate în timp, nefiind tolerate de organism. După aceasta au fost încercate protezele metalice, sub formă de plăci. Martin comunică rezultate bune obținute prin fixarea la os a foilor de platină, pe care — afirmă el — organismul le suportă în condiții bune și le menține pe locul aplicat fără a fi eliminate. Aceste foi de platină au dezavantajul că costă scump.

Joseph, Garrel și Gignoux recomandă folosirea plăcilor de aluminiu ferestruite. Trebuie menționat însă că protezele metalice nefixate la os au tendința să se deplaseze și chiar să se elimine (Popian).

În a doua jumătate a secolului al XX-lea au început să fie utilizate materiale protetice noi, care sînt mult mai bine suportate de organismul uman. Astfel, rășinile sintetice, produse sub forma acrilicului și purtînd diferite denumiri, după firmele producătoare, sînt bine tolerate de organism și pot fi confecționate ușor. Dintre materialele protetice mai nou apărute menționăm tantalumul, vitaliumul și duralliumul. În ultimul timp se folosesc politenul, siliconul și teflonul. Teflonul pare a avea mari calități atît în ușurința confecționării formei dorite, cît și a tolerabilității țesuturilor unde se implantează.

5.1.2. PROTEZELE DE NATURĂ ORGANICĂ

Provin din produse organice, care însă și-au pierdut viața prin diferite procedee, cum sînt: uscare, fixare, încălzire etc. Aceste proteze organice, ca și cele anorganice, sînt străine țesuturilor vii unde se implantează și ca atare au toate dezavantajele ce decurg din aceasta.

Catgutul este rar folosit și numai în cazul micilor corecții ale nasului. El a fost recomandat de Rueda cu multă insistență în acest gen de corecții (Popian).

Crinul de Florența a fost utilizat, ca și catgutul, în corecții mici ale nasului, însă rezultatele au fost cu totul nesatisfăcătoare (Popian).

Ivoriul a fost folosit — în urma recomandării făcute de Joseph (1918) — destul de mult în prima jumătate a secolului nostru. Koenig (1922), Malniak, Deselaers (1932) comunică rezultate foarte bune prin utilizarea ivoriului în chirurgia corectoare a nasului și-l recomandă ca pe un material protetic valoros.

La noi în țară, Stepleanu-Horbatski și Popian au prezentat cîteva cazuri reușite în care au folosit fildeșul ca material protetic în corecția nasurilor în șa.

Cu toate recomandările bune făcute de mulți autori, nici ivoriul nu s-a dovedit a fi perfect tolerat, iar în unele cazuri chiar eliminat. Popian citează un caz în care ivoriul s-a eliminat după aproximativ doi ani de la implantare. La aceasta se adaugă dificultatea procurării

Scanned with OKEN Scanner

materialului și a modelării sale în funcție de forma nasului ce trebuie corectat.

Osul a fost folosit cu oarecare succese asemănătoare cu ivoriul. Se preferă osul de vacă, dur, compact, fără porozități și care să nu fie spongios. După ce se degresează bine este sterilizat prin fierbere. Rezultatele în timp au fost contradictorii, fapt care a făcut ca nici acest material să nu se impună.

Cartilagiul devitalizat a fost de asemenea folosit, fără însă a se obține rezultate durabile și satisfăcătoare. În anul 1914 Sargnon a publicat un caz în care a utilizat o proteză de cartilaj fetal conservat în soluție Ringer (Popian). Alți autori au folosit cartilajul de vițel în soluție de penicilină. Mihelson recomandă cartilajul recoltat de la cadavru, imediat după deces și fiind bine cunoscută cauza morții (Popian).

După cum s-a văzut, atît protezele osoase, cît și cele cartilaginoase se comportă — în general — ca un corp străin, nu se integrează și nu se fixează în țesuturile unde s-au implantat, fiind în iminență să fie eliminate. Acestea au fost motivele pentru care s-a renunțat la proteze și s-a adoptat folosirea grefelor, ce sînt elemente vii, recoltate, de preferat, de la același individ (autografă).

5.2. GREFELE

Majoritatea autorilor consideră azi grefele superioare protezelor din toate punctele de vedere. Levignac recomandă cu insistență folosirea auto sau homografelor și condamnă protezele. Spre deosebire de materialele protetice, care sînt anorganice sau organice moarte, grefele reprezintă țesuturi vii, recoltate de la indivizi vii (donatori). Ele pot fi transplantate la același individ — autografe —, la indivizi din aceeași specie — homografe —, ori la gazde de altă specie — heterografe.

5.2.1. HETEROGREFELE

Heterografele, deși se recoltează ușor, nu pot fi folosite proaspete din cauza reacțiilor imunologice, care le resping mai devreme sau mai tîrziu, compromițînd rezultatul operator. De aceea majoritatea chirurgilor au renunțat la utilizarea heterografelor în urma rezultatelor slabe obținute și comunicate de cei ce s-au entuziasmat la început de întrebuințarea lor (Kuettner). Aubry și colaboratorii folosesc cartilajul de vițel conservat prin frig sau în soluție apoasă de mertiolat de sodiu.

5.2.2. HOMOGREFELE

Homografele, mai avantajoase mult decît heterografele în ceea ce privește reacțiile imunologice de respingere, scutind bolnavul de

Scanned with OKEN Scanner

o intervenție în plus, de recoltare, cum se întîmplă în cazul autogrefelor, realizează rezultate inferioare acestora din urmă. Sicard, Becker, Mouly și alții au semnalat în cazul homogrefelor un procentaj crescut de resorbții osoase, mai mult sau mai puțin întinse. Noi am folosit mult în chirurgia corectoare a nasului homogrefele cartilaginoase, cu rezultate foarte bune, neavînd nici o eliminare. S-a adoptat următoarea conduită : am recoltat întotdeauna cartilajul costal în cantitate mai mare de la bărbați, l-am conservat în ser penicilinat în frigider la +4° și l-am transplantat atît donatorului, cît și la alte persoane de gen feminin, deoarece am considerat că este bine să le scutim de o intervenție în plus de recoltare, evitînd astfel o cicatrice într-o regiune care pentru o femeie are mare importanță. Rezultatele bune obținute le considerăm datorate nevascularizării cartilajului. Întrucît se hrănește prin imbibiție în regiunea portgrefei, cartilajul nu determină reacții imunologice brutale de respingere. Nu același lucru se observă la grefele osoase. La acestea se produc -- în timp — modificări datorită sistemului lor de vascularizație și hrănire, instalîndu-se un proces de osteită rarefiantă, care poate duce — în unele cazuri — la destrucția totală a grefei. O serie de autori recomandă folosirea homogrefelor ținîndu-se seama de compatibilitatea sanguină sau grad de rudenie apropiată (de la părinți la copii și invers).

5.2.3. **AUTOGREFELE**

Autogrefele reprezintă calea ideală de refacere atît a țesuturilor de susținere osteocartilaginoase, cît și a tegumentelor piramidei nazale.

5.2.3.1. GREFELE CARTILAGINOASE

Cei mai mulți dintre chirurgi consideră că autografa care dă rezultate foarte bune în refacerea țesutului de susținere a piramidei nazale este cartilajul. Cartilajul costal este relativ ușor de recoltat, nu determină reacții imunologice de respingere și rezistă în foarte bune condițiuni la factorii infecțioși. Are de asemenea calitatea de a nu se liza și de a-și păstra aproximativ forma inițială. Dintre dezavantaje menționăm neaderența perfectă la planurile profunde și păstrarea unui oarecare grad de mobilitate pe scheletul subiacent. Totodată bolnavul suportă o intervenție în plus pentru recoltarea grefei, în afară de cea de introducere a acesteia și refacere a scheletului piramidei nazale. Un alt inconvenient îl constituie și faptul că în timp cartilajul se poate incurba. Dufourmentel și Morestin au arătat însă că după mulți ani grefa cartilaginoasă rămîne nemodificată. Dufourmentel, Sebileau, Moulonguet, Gibson, Migray, Roy, Racoveanu, Roselli și alții recomandă cu insistență utilizarea autogrefei cartilaginoase, susținînd că necesitatea unei intervenții în plus, pe care trebuie să o suporte bolnavul, nu constituie un inconvenient, mai ales dacă chirurgul este experimentat în recoltarea grefei costale. Noi ne raliem la opinia autorilor mai

Scanned with OKEN Scanner

sus citați, precum și a lui Gillies și Davies, susținînd utilizarea cartilajului costal în refacerea scheletului piramidei nazale.

Neajunsurile pe care le reprezintă utilizarea autografei cartilaginoase sînt evitate prin folosirea cartilajului tocat. Autografa de cartilaj pentru corectarea sau refacerea aripilor nasului mai poate fi prelevată de la nivelul urechii (cartilajul concei sau al helixului) ori al cartilajului septal.

Cartilajul costal se recoltează, în general, de pe partea dreaptă și — în funcție de cantitatea necesară — coastele a șaptea, a opta, a noua sau a zecea. Materialul cel mai abundent îl oferă — în medie 12 cm — coasta a șaptea.

● **Tehnica prelevării cartilajului costal**

Preanestezia: trebuie începută cu o seară înainte de intervenție, cînd se administrează o medicație calmantă, sedativă și tranchilizantă. În dimineața intervenției, înainte cu 30 de minute de efectuarea anesteziei locale, se administrează un cocteil litic realizat din :

— o fiolă Mialgin, care are acțiune asupra sistemului nervos central ;

— o fiolă Plegomazin, cu acțiune ganglioplegică ;

— o fiolă Romergan, cu acțiune desensibilizantă, analgezică și sedativă ;

— o fiolă Fenobarbital, cu acțiune hipnotică și sedativă ;

— o fiolă de atropină, soluție 1‰, pentru acțiunea sa antivagală.

La bătrîni, preanestezia este necesar să fie puternică, însă să nu deprime funcțiile vitale.

Anestezia: se face cu clorhidrat de procaină 1% sau 0,5%, obținută în diluție cu ser fiziologic, la care — extemporaneu — se adaugă o soluție de adrenalină 1‰ — o picătură sau două la 10 ml substanță anestezică. Se injectează la început superficial și apoi profund, de-a lungul coastei pe care am ales-o să recoltăm. Dacă este nevoie de mai multe cartilaje, anestezia se administrează de-a lungul coastelor ce urmează să fie abordate. În caz de intoleranță la clorhidrat de procaină se poate folosi xilină 1%. Întrucît produc vasoconstricție, adrenalina și norartrinalul reduc sîngerarea, înlesnind actul chirurgical.

Incizia începe de la locul de întîlnire al unei linii imaginare verticale care coboară la 3 laturi de deget de partea dreaptă a apendicelui xifoid cu coasta ce dorim s-o abordăm. Aubry preferă incizia oblică în jos și în afară de-a lungul rebordului costal care interesează. Nélaton Ombredanne, Popian și alții prelungesc incizia de 8 cm în sus, formînd aproape un unghi drept, pe o distanță de încă 3 cm. Cînd doresc mai ales să recolteze cartilaje de la mai multe coaste, unii chirurgi fac o incizie verticală de partea dreaptă, situată la 3 laturi de deget de apendicele xifoid. Incizia oblică nu se execută sub rebordul costal, ci chiar pe el sau puțin deasupra acestuia.

Incizia interesează tegumentele și țesutul celular subcutanat pînă la aponevroza marelui oblic și la planul muscular al dreptului abdo-

Scanned with OKEN Scanner

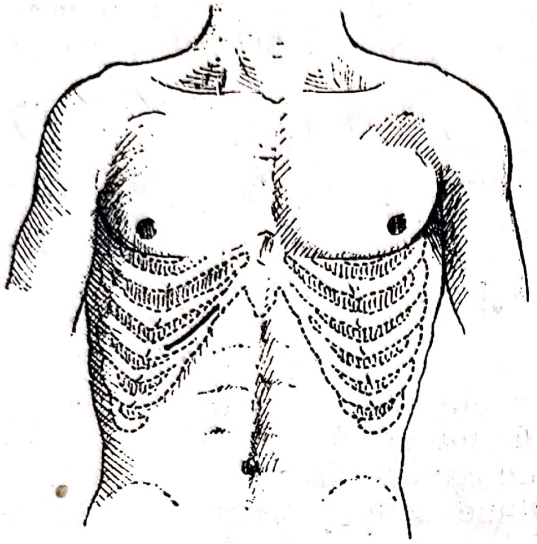


Fig. 33. Recoltarea cartilajului costal. Incizia (după Aubry)

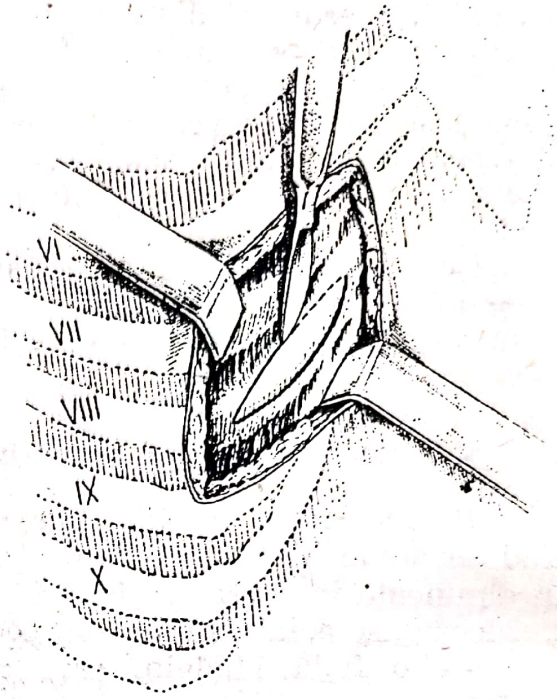


Fig. 34. Recoltarea cartilajului costal. Descoperirea plastronului costal (după Aubry)

minal, cu aponevroza sa, care acoperă planul osteocartilaginos costal. În continuare este incizată aponevroza marelui oblic. Fibrele dreptului abdominal vor fi respectate și doar disociate și depărtate puternic pentru a asigura și o hemostază bună. O dată plastronul costal descoperit și pus bine în evidență prin depărtătoare, se alege cartilajul sau cartilajele pe care trebuie să le recoltăm. În general, sînt preferate cartilajele 7 ori 8. Se trece apoi la incizia și decolarea pericondrului coastei care interesează, după ce în prealabil — cu o seringă cu un ac avînd bizoul scurt — s-a făcut infiltrația pericondrului pe ambele fețe (profundă și superficială) ale coastei. Infiltrația se va face subpericondral, pentru a efectua totodată și decolarea acestuia de pe suprafața costală. Dacă hidrotomia a fost bine executată, decolarea ulterioară a pericondrului cu decolatorul se poate realiza foarte ușor (întocmai ca la decolarea pericondrului septului nazal). Este stabilită apoi lungimea de cartilaj care trebuie recoltată. La ambele capete ale porțiunii ce urmează să fie prelevată se execută — de-a lungul cartilajului — cîte o incizie a pericondrului transversal. Pe marginea superioară a segmentului cartilaginos sau 1—2 mm sub aceasta este incizat pericondrul, unind cele două incizii transversale.

Decolarea pericondrului costal: se execută cu un decolator asemănător celui folosit în intervențiile pe pericondrul septului nazal, începîndu-se atît de la marginea superioară cît și de la cele două extremități spre centrul și marginea inferioară a cartilajului. În felul acesta pericondrul devine o „balama". Se continuă pe fața profundă a cartilajului costal cu un decolator curb (ca cel utilizat la decolarea amigdalelor), care trebuie să pătrundă de la marginea inferioară și să iasă

Scanned with OKEN Scanner

la cea superioară a fragmentului cartilaginos. Prin mișcări de lateralitate de la dreapta la stînga și de la stînga la dreapta ale decolatorului fața profundă a coastei este degajată de pericondru. La decolarea pericondrului pe fața profundă există pericolul perforării pleurei. De aceea este necesar ca decolatorul să fie manevrat cu foarte mare atenție.

Prelevarea cartilajului costal : după decolarea pericondrului, fragmentul cartilaginos se încarcă la una din extremitățile decolate și apoi cu un bisturiu — care să taie bine — este incizat, fiind protejat în profunzime de decolatorul curb ce încarcă segmentul decolat. Același procedeu este aplicat și la cealaltă extremitate a segmentului. Cartilajul recoltat se învelește în comprese îmbibate în ser fiziologic și urmează să fie folosit în cursul celei de a doua intervenții pentru refacerea sau corectarea piramidei nazale.

Aubry recomandă dalta lui Virenque, care — fiind prevăzută cu două aripioare — nu poate să pătrundă prea profund, evitînd rănirea pleurei. Noi am folosit cu rezultate foarte bune și fără nici un accident tehnica expusă, folosind uneori costotomul pentru prelevarea cartilajului, după decolarea pericondrului.

Sutura pericondrului : prin cîteva fire de catgut subțire, la nivelul inciziei superioare, după ce s-au asigurat hemostaza perfectă și poziția inițială a lamboului pericondral.

Închiderea plăgii : fibrele musculare ale dreptului abdominal își revin singure în poziția normală, iar aponevroza marelui oblic va fi suturată cu catgut. La un capăt al plăgii este lăsat un mic drenaj cu Crin de Florența. Planurile superficiale se suturează în două straturi. Drenajul este suprimat la aproximativ 48 de ore. Sutura la tegumente este bine să fie făcută cu mătase, nu cu agrafe. Peste pansamentul plăgii operatorii noi obișnuim să tragem peste torace o fașă bine strînsă, realizînd un pansament compresiv.

- **Tehnica recoltării autografei cartilaginoase de la nivelul septului nazal**

Este tehnica folosită în rezecția subpericondromucoasă a cloazonului. Cartilajul recoltat poate fi folosit fie ca autografă la bolnavul de la care s-a recoltat, fie ca homografă pentru alt bolnav ce are nevoie de corecții minore ale porțiunii cartilaginoase a nasului. Noi am făcut o obișnuință din a nu arunca fragmentele de cartilaj rezultate din corecția unui sept nazal, păstrîndu-le și conservîndu-le în ser penicilinat la frigider la +4°. De foarte multe ori la intervențiile corectoare ulterioare am utilizat ca homografe creste septale în corectarea hipoplaziilor nazale sau fragmente de cartilaj septal în reintervențiile pentru corectarea ori refacerea aripilor nazale, cînd cartilajul septal prezenta o curbură.

Scanned with OKEN Scanner

- **Tehnica recoltării autografei cartilaginoase de la nivelul pavilionului auricular**

Tehnica recoltării autografelor cartilaginoase de la nivelul helixului, al antehelixului, din concă sau chiar din tragus (mai rar) este în funcție de ce avem de corectat și de nivelul de la care se recoltează. Totuși este necesar să fie respectate cîteva principii, dintre care menționăm :

- Recoltarea trebuie executată din locul care nu afectează din punct de vedere estetic cu nimic sau foarte puțin vizibil pavilionul auricular.
- Inciziile să se facă retroarticular, cît mai puțin vizibile. Noi folosim pentru incizii un fragment în unghi de lamă de bărbierit preparat extemporaneu și fixat cu o pensă Pean, după cum recomandă Racoveanu.
- Anestezicul să fie infiltrat subpericondral atît în față, cît și în spatele pavilionului în scopul realizării unei bune hidrotomii, care înlesnește foarte mult decolarea cartilajului de stratul pericondrotegumentar.
- Alegerea judicioasă a cartilajului ce trebuie recoltat, pentru a-l folosi cu cea mai mare eficiență în corecția dorită.
- Sutura va fi făcută prin cîteva puncte principale de sprijin și apoi completată cu sutură intradermică cu fire fine, dacă este posibil cu ace atraumatice.

5.2.3.2. GREFELE OSOASE

Grefele osoase pot fi folosite ca heterografe. Kuettner este cel care a întrebuințat pentru prima oară os de maimuță, dar nu a obținut rezultate, întrucît acesta s-a modificat și a fost eliminat la scurt timp după intervenție (Popian). Alți chirurgi au utilizat os de vițel (Aubry). De asemenea, osul este folosit — cu rezultate mulțumitoare — și ca homografe. El se prelevează de la nivelul tibiei, crestei iliace, scapulei etc. Cel mai des însă — și cu rezultatele cele mai bune — este întrebuințat ca autografă, cu recoltare de la nivelul crestei iliace și tibiei. În cazul hipoplaziei cartilaginoase Aubry și Lee Cohen propun cartilajul, iar în cel al deficitului osos, osul. Lee Cohen recomandă pentru deficit osteocartilaginos utilizarea grefei mixte osteocartilaginoase (Firică). Popian și Firică au insistat asupra folosirii grefelor osoase recoltate din creasta iliacă, socotindu-le ca fiind cele mai indicate în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului. Firică subliniază avantajele și dezavantajele autografei osoase recoltate de la nivelul crestei iliace, arătînd că osul se recoltează ușor din această regiune și nu există posibilitatea accidentelor intra sau postoperatorii. Autografa osoasă rezistă bine la infecții și se fixează pe patul grefei, nedeformîndu-se în timp. Osul se modelează însă mai dificil decît cartilajul, este lipsit de supleţea acestuia și se introduce mult mai greu în locul unde trebuie grefat. În afară de aceasta, deseori apare un serom și uneori se formează chiar un hematom, cînd sîngerează mai mult, la locul de pre-

Scanned with OKEN Scanner

levare a grefei. Cicatricea care se formează este adesea inestetică, aderentă în profunzime.

Osul iliac, fiind plat, constituit din două lame de aspect compact, între care se află țesut spongios, permite existența și supraviețuirea unui mare număr de osteoblaste ce concură la formarea de os nou (Firică).

- **Tehnica prelevării grefei osoase iliace**

Chirurgul se plasează de partea dreaptă a bolnavului, iar ajutorul de partea opusă. Bolnavul este așezat pe masa de operat cu fața în sus, avînd un sac cu nisip plasat sub regiunea fesieră.

Preanestezia se administrează în seara dinaintea zilei în care se operează și constă într-o medicație sedativă și tranchilizantă. În ziua operației, cu 30—40 minute înaintea intervenției, se dă un cocteil anestezic (cu aceeași compoziție ca la prelevarea grefei de cartilaj costal).

Anestezia: obținută cu clorhidrat de procaină soluție 1%, ușor adrenalinată cu 1—2 picături adrenalină soluție 1‰ la 10 ml anestezic, infiltrat de-a lungul axului longitudinal al crestei iliace. Cantitatea de anestezic utilizată este în funcție de tehnica folosită, dar nu trebuie să depășească în medie 20—30 ml.

Incizia: se face pe o lungime de 11—12 cm, de la aproximativ 1 cm înapoia spinei iliace anterosuperioare avînd direcție anteroposterioară. În felul acesta se evită lezarea nervului femuro-cutanat, care trece la un centimetru înaintea și înăuntrul spinei iliace. Becker recomandă incizia chiar pe creasta iliacă. Ginestet abordează aripa iliacă de-a lungul marginii externe a crestei. Aubry, Converse, Kazadjian și alții sînt de părere că incizia imediat sub marginea externă a crestei iliace este cea mai indicată. Aubry mai recomandă ca la extremitățile liniei de incizie să se execute cîte o incizie de racordare pînă la marginea internă a crestei.

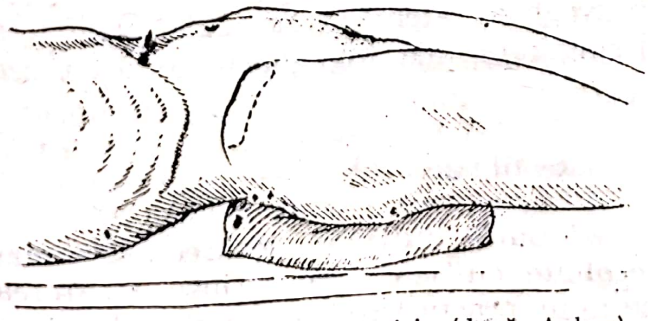


Fig. 35. Grefa de os iliac. Incizia (după Aubry)

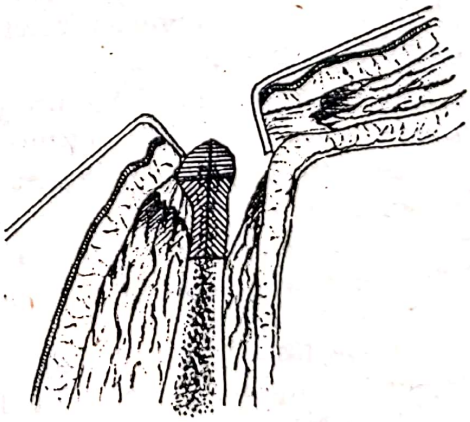


Fig. 36. Prelevarea grefei osoase iliace (după Aubry)

Denudarea crestei iliace: după incizarea și decolarea țesutului celuloadipos subcutanat, inserțiile musculare sînt detașate și apoi depărtate cu depărtătoarele. Periostul este incizat urmînd tot direcția dinainte înapoi, avînd grijă de a feri anterior nervul femurocutanat. Se execută după aceea deperiostarea crestei iliace și a versanților extern și intern. În regiunea anterioară este obligatoriu să se păstreze distanța de un centimetru de spina iliacă. De asemenea, menționăm că în cursul deperiostării feței interne a aripii iliace se va menține permanent contactul cu osul.

Recoltarea osoasă: procedeele de recoltare a fragmentului osos sînt diferite. Aubry și alții recomandă prelevarea întregii creste iliace. În acest caz este necesară deperiostarea și a părții superioare a feței externe a aripii iliace. Dacă se recoltează numai parțial din creastă, atunci nu se mai deperiostează și este păstrată corticala externă (Dufourmentel) sau numai cea internă (Converse, Denecke). Unii autori citați de Firică, cum sînt Robertson, Baron, Peer și Perret, preferă să recolteze doar țesutul spongios dintre corticalele externă și internă.

Dăltuirea osului este începută de la cel puțin un centimetru înapoia spinei iliace anterosuperioare, întinzîndu-se posterior atît cît este nevoie pentru a recolta material suficient. Unii chirurgi folosesc ferăstrăul electric sau cel pneumatic rotativ. Ginestet și colaboratorii, Dufourmentel și Peyrus condamnă utilizarea acestor instrumente, deoarece — prin căldura pe care o provoacă — au o acțiune nocivă asupra osului. Întrebuințarea unei dălți și a unui ciocan, dacă se poate de lemn, evită aceste inconveniente.

Sutura: după o hemostază bine executată, ce se poate realiza fie cu gelfoam, fie cu ceara Horsley, se face un drenaj fin, putînd fi folosită și aspirația continuă. Cînd sîngerarea a fost mai abundentă, drenul este lăsat aproximativ cinci zile. În caz contrar el poate fi suprimat mai devreme. Sutura se execută în patru planuri: aponevroza, mușchii, țesutul celuloadipos și tegumentele. Primele trei suturi se fac cu catgut, iar cea de la tegumente, cu mătase, în puncte separate. Dacă s-a recoltat mult os și rămîne o înfundare mare, aceasta poate fi completată prin adăugarea unei grefe libere de grăsime, sub forma unui plombaj subperiostal.

Pansamentul: are un caracter compresiv și se execută după regulile obișnuite. El trebuie supravegheat atent și periodic, pentru a se depista la timp o eventuală sîngerare mai îngrijorătoare decît cea obișnuită.

- **Tehnica recoltării grefei osoase tibiale**

Grefele osoase tibiale sînt mai puțin utilizate, deoarece sînt mai greu de modelat. Ele pot fi recoltate cu sau fără periost. Păstrarea periostului la grefa recoltată permite practicarea mai multor secțiuni transversale numai pe os, periostul jucînd rolul de balama.

Scanned with OKEN Scanner

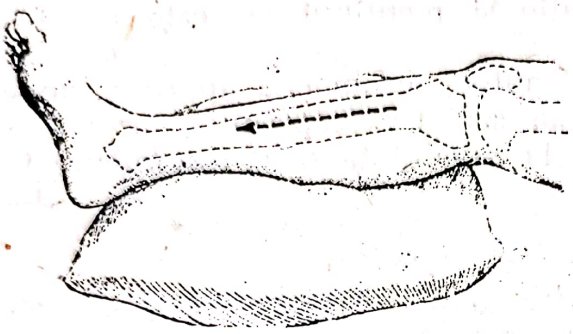


Fig. 37. Grefă tibială osteoperiostică (după Aubry)
Gamba este așezată pe un sac de nisip. Linia de incizie pe fața anterointernă a tibiei.

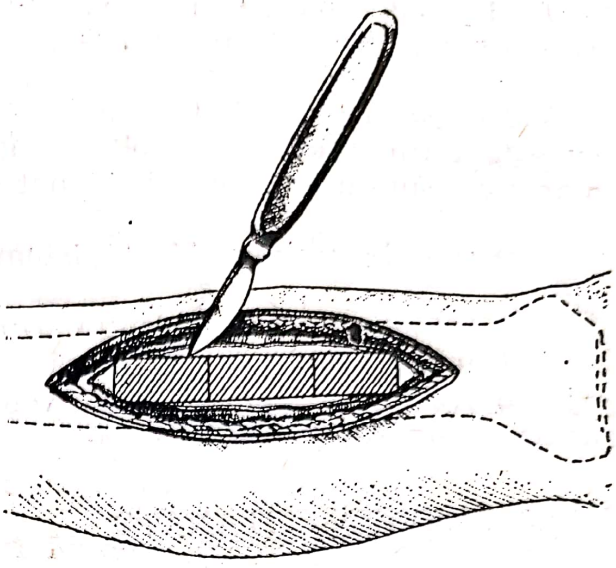


Fig. 38. Grefă tibială osteoperiostică (după Aubry). Trasarea limitelor pe periostul feței anterointerne a tibiei.

Preanestezia: se face în seara dinaintea operației și în dimineața intervenției, înainte cu 30—40 de minute ca la prelevarea autogrefei cartilaginoase costale.

Anestezia: locală, cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1% și o picătură de adrenalină la 10 ml anestezic. Se infiltrează de-a lungul feței anterointerne a tibiei, pe o porțiune care este în funcție de cantitatea de os ce urmează să fie recoltată. Bolnavul este așezat pe masa de operat cu fața în sus, cu piciorul rotat puțin în afară și sprijinit pe un sac cu nisip. Medicul chirurg se plasează de partea piciorului de la care se recoltează grefa, de obicei în dreapta.

Incizia: practicată longitudinal, de-a lungul liniei mediane a feței anterointerne a tibiei, interesînd tegumentele și țesutul celular subcutanat, care la acest nivel este foarte slab reprezentat. Fața anterointernă a tibiei fiind acum descoperită, chirurgul poate trece la recoltarea grefei.

Prelevarea grefei: în cazul că se prelevează os fără periost se execută incizia longitudinală a periostului și apoi — cu răzușa — deperiostarea feței anterointerne. Dacă recoltăm o grefă osteoperiostică, nu mai trebuie efectuată deperiostarea. În situația aceasta se trasează cu bisturiul, incizînd periostul, conturul grefei pe întinderea dorită (aproximativ 4—5 cm lungime și 1—1,5 cm lățime). Cu o daltă ascuțită bine și un ciocan — de preferat de lemn — este conturat, ținînd dalta perpendicular, grefonul pe traseul executat anterior cu bisturiul. După aceea, cu dalta ținută tangențial de-a lungul fiecărei laturi trasate, prin lovituri de ciocan, scoatem în bloc porțiunea osteoperiostică dorită. Unii autori (Ginestat) recomandă și utilizarea ferăstraielor rotative duble, cu condiția evitării încălzirii osului, prin spălare continuă cu ser fizio-

Scanned with OKEN Scanner

logic. Dar Ginestet preferă îndeosebi ferăstrăul rotativ al lui De Martel, care are avantajul că nu derapează.

Sutura : cînd a fost prelevat numai osul, periostul va fi suturat cu catgut fin. Dacă s-a recoltat o grefă osteoperiostică se face sutura numai a țesutului celular subcutanat și a tegumentelor.

Drenajul : trebuie făcut sistematic și menținut cît este nevoie.

Pansamentul : este obișnuit. Unii autori recomandă aplicarea aparatului gipsat, care se păstrează două sau trei săptămîni, pentru a evita o fractură ce ar putea surveni la nivelul la care s-a intervenit pentru recoltarea grefei.

5.2.3.3. GREFELE CUTANATE

În cursul diferitelor intervenții de reconstrucție a piramidei nazale, care a suferit destrucții mai mult sau mai puțin întinse, provocate de diferite cauze, pentru refacerea tegumentelor lezate sînt necesare autografele cutanate. Autografele tegumentare sînt foarte variate și ele pot interesa fie în întregime stratul cutanat, fie numai o parte a acestuia. În continuare vor fi expuse diferitele forme de grefe cutanate, luînd ca ghid o îmbinare a modului în care Aubry și Popian le-au descris și clasificat în :

— *Autoplastii din vecinătate prin alunecare :* alunecare simplă (metoda franceză) ; alunecare cu incizie eliberatoare (metodă franceză) ; autoplastia de alungire (incizie în *V—Y) ;* alunecarea cu excizie eliberatoare (metoda franceză) ; metoda Burow ; plastie în *Z*.

— *Autografe cu lambouri monopediculate :* autografa cu lambouri monopediculate prelevate din vecinătatea locului de reparat (metoda indiană) ; autografa cu lambouri monopediculate prelevate de la distanță (metoda italiană) ; autografa monopediculată tubulată ; autografa monopediculată dublată ; grefe monopediculate în punte.

— *Autografe cu lambouri bipediculate :* autografa tubulată Filatov ; autografa întîrziată ; autografa cu lambou amînat ; autografa cu migrații succesive (în pas de omidă) ; autografe în săritură prin gazdă intermediară.

— *Autografe cutanate libere :* autografe cutanate libere total ; autografe cutanate libere despicate ; autografe cutanate libere insulare etc.

Autoplastia din vecinătate prin alunecare nu este altceva decît completarea anumitor lipsuri tegumentare prin diferite tehnici chirurgicale de excizie a defectului, pentru acoperire, executîndu-se variate incizii auxiliare eliberatoare, care să permită tegumentelor învecinate o alunecare în măsură să completeze deficitul tegumentar.

Alunecarea simplă este un procedeu chirurgical foarte simplu și constă în avivarea marginilor plăgii, decolarea tegumentelor pe o întindere mai mult sau mai puțin întinsă pe laturile plăgii, în funcție

Scanned with OKEN Scanner

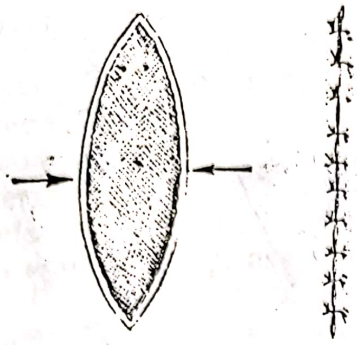


Fig. 39. Autoplastia după metoda franceză (după Aubry). Alunecarea simplă.

Fig. 40. Autoplastia după metoda franceză (după Aubry). Alunecare cu rotație.

de mărimea acesteia, și apoi sutura în două planuri : sutura țesutului celular subcutanat, cu catgut fin și cu fire puține de apropiere, precum și cea a tegumentelor, dacă este posibil intradermică, cu 1—3 puncte fixe de susținere, în funcție de mărimea defectului. Acest procedeu se poate folosi cu rezultate foarte bune în plăgile eliptice sau liniare.

Alunecarea cu incizie eliberatoare este utilizată în completarea defectelor cutanate care au aspect triunghiular sau o formă asemănătoare acestei figuri geometrice. Defectul poate fi acoperit prin executarea unei incizii orizontale în prelungirea bazei triunghiului ce conturează pierderea de substanță sau, mai indicat, a laturii care formează baza triunghiului, cu o linie curbă care să ajungă cu extremitatea distală sub nivelul vîrfului triunghiului și la o distanță de aceasta mai mare decît baza lui. După incizarea eliberatoare lamboul este decolat pînă la vîrful și baza triunghiului. Printr-o alunecare, sub forma unei rotații, lamboul decolat umple defectul. În cazul că defectul nu a avut un aspect perfect triunghiular îi excizăm — înainte de confecționarea lamboului — parcimonios conturul, creînd un triunghi pe care îl acoperim așa cum s-a arătat. Dacă pierderea de substanță este de formă ovală, neputîndu-se crea un triunghi echilateral decît sacrificînd prea mult țesut cutanat, și prea lată pentru a fi rezolvată printr-o alunecare simplă, atunci recurgem la două incizii eliberatoare paralele cu cele două buze ovalare ale plăgii și la o oarecare distanță de acestea, avivăm buzele plăgii, decolăm lambourile create prin executarea celor două incizii eliberatoare și le suturăm în două planuri pe linia de mijloc. Lateral rămîn două suprafețe de semilună, care vor fi acoperite după ce executăm o decolare a marginilor laturilor externe ale suprafețelor semilunare. Sutura se face tot în două planuri. Aceste tehnici de efectuare a diverselor incizii eliberatoare, cu decolarea lambourilor rezultate și acoperirea prin alunecare a defectelor cutanate, constituie metoda franceză, care dă rezultate foarte bune în defectele tegumentare puțin întinse. Condiția reușitei în aplicarea metodei constă în înscrierea, prin incizii de avivare, a zonei cu pierdere de substanță — indiferent de conturul pe care îl are — într-o formă geometrică. După aceea, cu ajutorul inciziilor eli-

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 41. Autoplastie în *V-Y* de alungire (după Aubry)

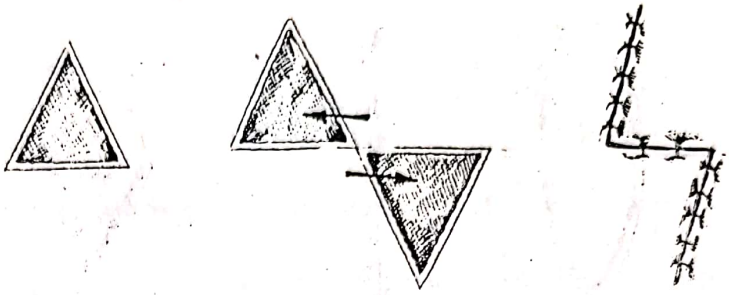


Fig. 42. Autoplastie după metoda franceză (după Aubry). Alunecare după incizii eliberatoare.

beratoare se creează lambouri ce sînt în măsură să acopere defectul tegumentar.

Autoplastia de alungire (incizia în V—Y) constă în confecționarea unui lambou din două incizii care formează litera *V*. După eliberare, lamboul se retrage către partea deschiderii literei *V*, ceea ce permite suturarea plăgii în forma literei *Y*.

Alunecarea cu excizie eliberatoare (metoda franceză) constituie o metodă cu ajutorul căreia se rezolvă mai multe genuri de defecte prin lipsă de substanță a tegumentelor. Să presupunem o imperfecțiune tegumentară pe care — prin incizia și excizia contururilor — o încadrăm într-un triunghi echilateral. În acest caz defectul poate fi corectat prin două procedee. Primul presupune crearea unui al doilea triunghi, de dimensiuni egale cu cel care trebuie acoperit, a cărui bază este situată în prelungirea bazei primului triunghi, dar cu vîrful situat în jos, opus deci triunghiului de acoperit. Tegumentele care acoperă triunghiul al doilea sînt excizate și apoi se decolează — în partea de sus și laterală a celor două triunghiuri — un lambou cu aspect circular, care să permită, prin alunecare, vîrfului lamboului situat la unirea celor două baze ale triunghiurilor să ajungă în unghiul de jos și din stînga al triunghiului deficitar. În felul acesta se acoperă ambele triunghiuri, fără ca lamboul să fie pus în tensiune. Sutura se face în două planuri (țesutul celular subcutanat, pentru apropiere, iar tegumentele pentru acoperire), alegînd pe cea pe care o credem cu rezultat estetic mai bun, dar care să reziste și tensiunii moderate a lamboului.

Al doilea procedeu impune excizarea — de o parte și de alta a bazei triunghiului de acoperit — a două triunghiuri mai mici, a căror baze sînt în prelungirea celeia a triunghiului cu defect tegumen-

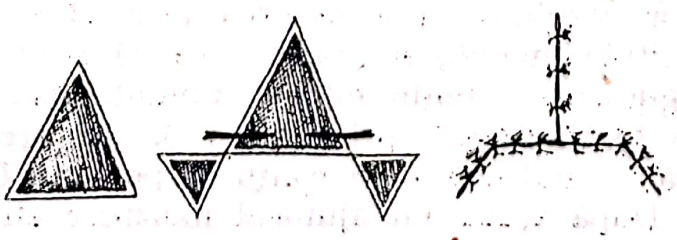


Fig. 43. Autoplastie după metoda franceză (după Aubry). Excizia eliberatoare și alunecare.

Scanned with OKEN Scanner

tar, iar vîrfurile — situate în jos, deci opuse vîrfului triunghiului ce trebuie acoperit.

În cazul unei pierderi de substanță, care — prin excizia marginilor — are conturul asemănător unui dreptunghi, se excizează la cele două extremități ale dreptunghiului două triunghiuri mici, a căror bază corespunde laturilor mici ale dreptunghiului, iar vîrfurile — divergente și opuse dreptunghiului de acoperit. Se decolează tegumentele în jurul figurii geometrice nou rezultate și apoi se face sutura în două planuri, așa cum s-a arătat și în celelalte cazuri.

O altă modalitate de completare a pierderii de substanță tegumentară de aspect dreptunghiular este aceea de a prelungi laturile mici ale dreptunghiului prin două incizii care să fie — ca lungime — de două ori și ceva mai mari. La extremitatea inferioară a acestor incizii este extirpat — de fiecare parte — cîte un triunghi cu baza formată de extremitatea distală a celor două incizii amintite. Triunghiurile au vîrfurile divergente și opuse liniilor de incizie ce le formează baza. Prin decolarea lamboului rezultat și alunecarea lui în sus se acoperă atît dreptunghiul deficitar, cît și cele două triunghiuri excizate.

Cînd zona pierderii de substanță este de formă circulară se impune transformarea într-o figură geometrică de romb, prin excizia a două triunghiuri laterale cu vîrfurile opuse. Se face o sutură longitudinală după decolarea marginilor rombului rezultat.

Metoda Burow înlesnește acoperirea unei mici suprafețe triunghiulare afectate sau a unui defect tegumentar care — prin excizia conturului — poate fi transformat într-un triunghi isoscel de dimensiuni mici. Baza acestui triunghi este prelungită cu o linie ușor curbă, la extremitatea căreia se excizează un nou triunghi isoscel, aproximativ egal cu cel ce trebuie acoperit și a cărui bază se confundă cu extremitatea inciziei curbei executate. După decolarea tegumentelor rezultă un lambou, care — ridicat și ușor rotat — acoperă atît zona inițială cu lipsă de substanță, cît și cea creată de chirurg. Sutura, ca și la celelate procedee, se face în două planuri și are în final o formă asemănătoare literei Z.

Plastia în Z a fost descrisă în anul 1856 de Denonvilliers. Procedeul este folosit și astăzi destul de mult în chirurgia plastică cînd se urmărește obținerea unei alungiri, precum și în cazul cicatricelor dizgrațioase fibroase longitudinale. Cicatricea este excizată incizînd longitudinal în țesut sănătos. La extremitatea plăgii obținute se trasează

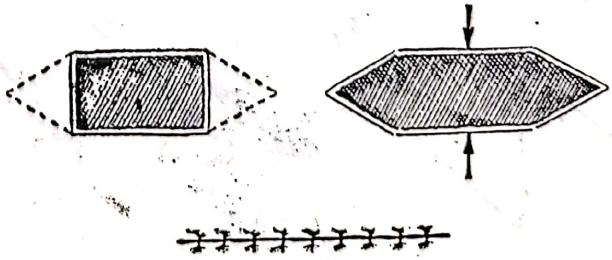


Fig. 44. Autoplastie după metoda franceză (după Aubry). Excizii eliberatoare și acoperirea unei pierderi de substanță dreptunghiulare.

Scanned with OKEN Scanner

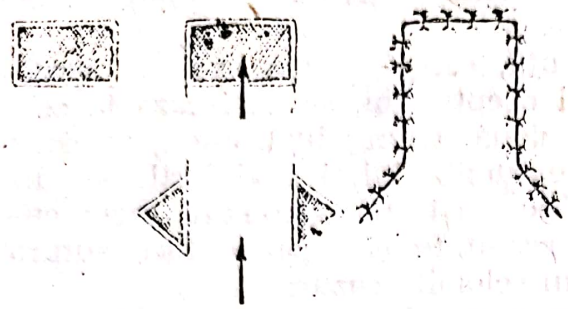


Fig. 45. Autoplastie după metoda franceză (după Aubry). Excizie și alunecare în cazul unei pierderi de substanță dreptunghiulare.

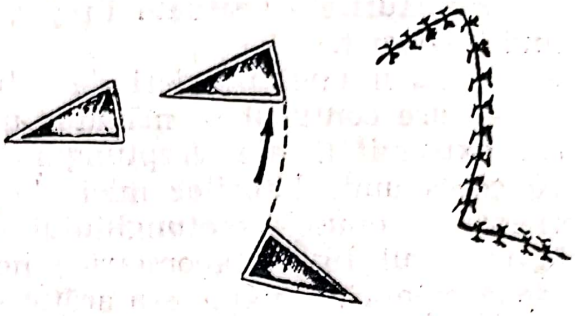


Fig. 46. Procedeul Burow (după Aubry).

cîte o incizie care să formeze unghiuri de aproximativ 60° cu axul plăgii longitudinale pe care dorim s-o acoperim. Cele două lambouri triunghiulare rezultate se decolează. După eliberare, lambourilor le este schimbată poziția, prin încrucișare. Este obținută astfel o cicatrice orizontală, care va fi cu atît mai estetică, cu cît lambourile vor fi suturate mai atent. Această metodă rezolvă multe din leziunile tegumentare, obținîndu-se — cînd este executată bine — rezultate mulțumitoare. După Denonvilliers, care a întrebuințat-o primul, o seamă de reputați chirurgi — ca Joseph, Davis, Szimanovski, Morestin și alții — au modificat-o, perfecționînd-o. Limberg, în urma numeroaselor intervenții chirurgicale, a ajuns la concluzia că rezolvarea cazurilor în care se utilizează metoda lambourilor încrucișate nu rezidă în destinderea și tracțiunea exercitată asupra țesuturilor, ci printr-o mai judicioasă redistribuire a formelor lambourilor.

Tehnica lambourilor încrucișate este bine să fie folosită la o perioadă de timp mai îndelungată de la accident, cînd cicatrizarea s-a definitivat și vascularizația s-a restabilit. Hemostaza se recomandă să fie făcută prin electrocoagulare, evitînd ligaturile cu catgut. Pansamentul va fi compresiv.

Autografa cu lambouri monopediculate se folosește în situațiile în care pierderea de țesut cutanat este mai mare și nu poate fi acoperită cu o autografă prelevată prin alunecare din vecinătate. În acest caz sînt utilizate un alt gen de grefe, formate din tegumente și țesut celulo-grăsos, în cantitate diferită, în funcție de ceea ce este de reparat. Ele sînt recoltate sub formă de lambouri, rămînînd legate de locul donator

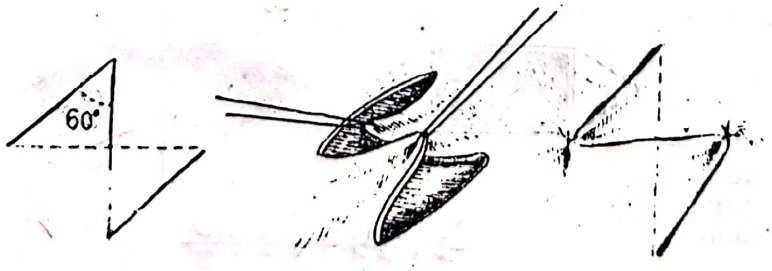


Fig. 47. Autoplastia în Z (după Aubry).

printr-unul sau mai mulți pediculi. Lambourile pot fi luate din vecinătatea defectului ce trebuie acoperit, cînd acesta nu este prea mare, sau de la distanță, dacă este nevoie de o cantitate mai mare de tegumente pentru acoperirea ori refacerea parțială sau chiar totală a piramidei.

Procedeul care utilizează lambouri din vecinătatea defectului ce trebuie reparat este cunoscut din timpuri foarte vechi și a fost numit metoda indiană. Ea este o metodă monopediculată.

Procedeul care folosește lambouri monopediculate luate de la distanță și grefate în regiunea nasului constituie metoda italiană.

Lambourile pot avea un singur pedicul, ce are menirea să hrănească întregul lambou, doi sau mai mulți, care asigură o mai bună hrănire pentru lambou, îndeosebi cînd acesta este mai lung.

Autografa cu lambouri monopediculate prelevate din vecinătatea locului de reparat (metoda indiană) se folosește în cazul cînd suprafața ce trebuie acoperită este mai mare și locul în care este situată pierderea de substanță nu permite corectarea cu ajutorul autoplastiei prin alunecare din imediata apropiere. Procedeul constă în crearea unui lambou ceva mai la distanță de zona afectată, care este pediculat, suprapunîndu-se peste o suprafață sănătoasă pînă să ajungă să acopere regiunea cu defect, unde este suturat. Cu cît lamboul este mai lung și mai îngust, cu atît vascularizația și deci hrănirea acestuia este mai deficitară. De asemenea, nu trebuie să se neglijeze nici faptul că ischemia va fi pronunțată și riscurile de necroză mari dacă lamboul este răsucit mult. Lățimea lamboului trebuie să fie egală cu lățimea plăgii, iar lungimea, să nu depășească o dată și jumătate lățimea acestuia. După trei săptămîni de la fixarea capătului distal al lamboului la patul grefei se poate secționa pedicului lamboului, care va fi reașezat la locul de unde a fost recoltat, după ce în prealabil s-au avivat marginile plăgii.

Metoda indiană cu lambou monopediculat permite acoperirea zonei distruse a tegumentelor nazale prin recoltarea lamboului din regiunea

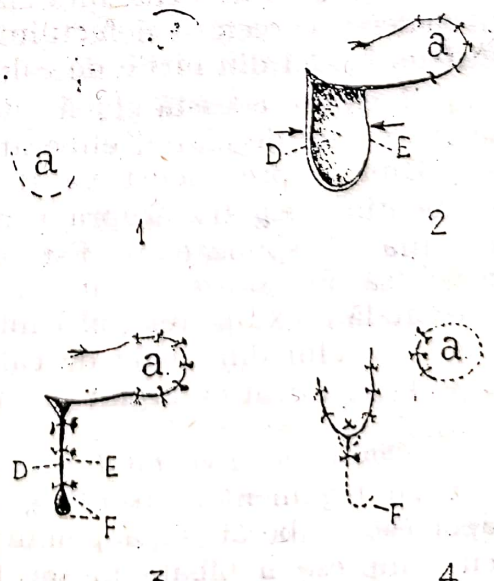


Fig. 48. Lamboul monopediculat (după Ginestet).

Scanned with OKEN Scanner

frontală, care se răsucește în jos și se suturează la suprafața afectată. Această metodă poate fi folosită și la transportarea de os, cartilaj sau un material protetic suportat de țesuturi în zona piramidei nazale, cînd este necesară refacerea și a unei părți din scheletul piramidei. Pentru aceasta trebuie implantat un fragment de grefă de susținere — os, cartilagiu sau chiar material protetic — modelat convenabil, cu cîtva timp înainte de recoltarea lamboului. Grefa de susținere se va așeza în așa fel, încît atunci cînd lamboul va fi răsucit ea să se plaseze în poziția convenabilă completării scheletului distrus al piramidei nazale. În cazul acesta poartă denumirea de „grefă transportoare".

- **Tehnica prelevării lamboului monopediculat după metoda indiană**

Tehnicile de refacere a piramidei nazale, mai mult sau mai puțin distrusă, sînt extrem de variate. Această varietate este dată atît de medicii chirurgi ce aplică metoda indiană, cît și de multitudinea aspectelor pe care defectele le pot avea.

Bolnavul este așezat pe masa de operat cu fața în sus, avînd sub cap un sac cu nisip. Medicul operator este situat în partea dreaptă a bolnavului, iar ajutorul în stînga sa.

Preanestezia : în seara dinaintea operației și în dimineața operației se face ca în cazul tehnicii de recoltare a grefei costale.

Anestezia : locală, cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1%. Anestezicul este administrat atît la nivelul regiunii frontale, de unde se recoltează grefa monopediculată, cît și la cel al patului grefei.

Patul grefei : este avivat prin incizarea oblică a marginilor plăgii, pentru a avea o suprafață sîngerîndă de contact cît mai mare.

Forma și dimensiunile lamboului frontal ce trebuie confecționat în vederea corectării defectului piramidei nazale sînt concretizate inițial într-un model din hîrtie de calc.

Încă din această etapă este necesar să se aibă în vedere că lamboul după ce este decolat și eliberat din locul de recoltare suferă o retracție. Un lambou prea scurt va fi pus în tensiune cînd este fixat la pat, influențînd negativ asupra pedicului lamboului, care nu mai asigură nutriția corespunzătoare. Este meritul lui Auvert și Aliqué de a fi avut ideea să micșoreze torsiunea pedicului lamboului prin culcarea la orizontală a axului lung al lambourilor frontale.

Modelul din hîrtie de calc este fixat pe tegumentele frunții și cu o perlă de nitrat de argint i se trasează conturul.

Confecționarea lamboului : o dată lamboul fixat ca formă și desenat pe tegumentele frontale, se incizează urmînd conturul stabilit și apoi este eliberat după planurile subiacente. Plaga frontală se acoperă cu comprese îmbibate în ser fiziologic adrenalinat și se lasă deocamdată neînchisă pînă după fixarea lamboului. În urma mobilizării, lamboul

Scanned with OKEN Scanner

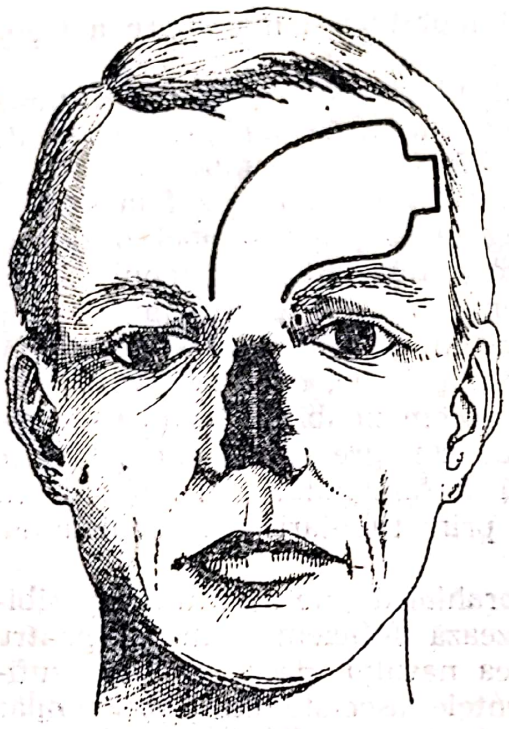


Fig. 49. Operația lui Alquié — metoda indiană (după Verneuil).

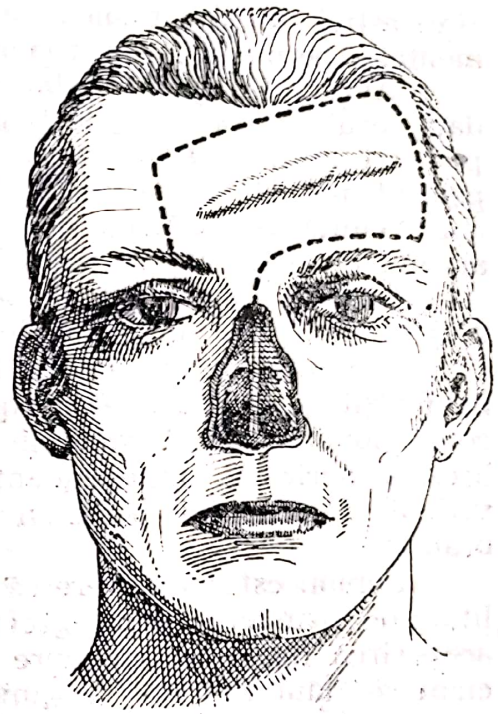


Fig. 50. Grefă transportoare — metoda indiană (după Nélaton). Grefa osoasă a fost introdusă înainte cu 15—20 zile.

este torsionat și așezat pe patul grefei, anterior pregătit, prin incizia oblică a tegumentelor cicatriceale de la nivelul piramidei nazale distruse.

Fixarea lamboului la patul grefei : se face sutura lamboului pe pat în două sau într-un singur strat, în funcție de cicatrice și de nivelul piramidei la care se fixează.

Sutura plăgii frontale : în continuare tegumentele din jurul conturului locului de unde s-a prelevat lamboul sînt decolate pe o întindere cît este posibil de mare și, prin alunecare, se apropie buzele plăgii, suturîndu-se în două planuri : la nivelul țesutului celular subcutanat de apropiere și susținere, precum și la cel al tegumentelor de acoperire. Hemostaza va fi făcută prin electrocoagulare.

Drenaj și pansament : dacă plaga de la nivelul frunții a sîngerat mult este lăsat un dren fin din cîteva fire de nailon și se face un pansament ușor compresiv. La nivelul nasului sînt fixate două tuburi de cauciuc, pentru drenarea secrețiilor, și este aplicat un pansament fixat cu benzi de leucoplast.

Autografa cu lambouri monopediculate prelevate de la distanță (metoda italiană) a fost creată și folosită pentru prima oară de A. Branca. Dar cel care a perfecționat-o și a răspîndit-o este Tagliacozzi. Metoda utilizează lambouri recoltate de la distanță — antebrat sau, mai des, de la nivelul brațului — care pot transporta la locul defectului nu numai tegumente, ci și țesut celuloadipos suficient, asigu-

Scanned with OKEN Scanner

rînd astfel nutriția bună a lamboului și mobilitatea mai mare a tegumentelor pe planurile profunde.

Autografele prin lambouri monopediculate prelevate de la distanță dau rezultate în cazurile refacerii unor suprafețe nu prea mari de pierderi de substanță, unde este posibilă folosirea unui lambou cu pedicul mic. De aceea, aceste lambouri se recoltează de pe fața internă a extremității inferioare a brațului stîng la dreptaci și apoi brațul se apropie cît mai mult de suprafața pe care trebuie grefat lamboul. Brațul este fixat cu aparate gipsate sau cu sisteme mai noi și mai simple, timp de trei săptămîni, pînă prinde capătul distal al lamboului la portgrefă.

În scopul obținerii unei hrăniri cît mai bune, deci al măririi probabilității de prindere pe portgrefă, este recomandabil ca lamboul să fie confecționat cu două săptămîni înainte de a fi grefat și lăsat pe loc în această perioadă. Independența parțială a lamboului din punctul de vedere al nutriției poate fi realizată prin tubularizarea pediculului brahial.

Popian este de părere că lamboul brahial deține mai multe posibilități de prindere la portgrefă și furnizează suficient material pentru acoperirea lipsei tegumentare în regiunea nasului dacă are baza suficient de lată față de lungime, tegumentele asociate cu țesut celular adipos, direcția identică cu cea a mănunchiului vasculonervos și torsionarea foarte mică.

- **Tehnica prelevării autografelor cu lambouri monopediculate prelevate de la distanță după metoda italiană**

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operație cu fața în sus. Brațul stîng — depărtat de cap și sprijinit pe un sac de nisip sau un cearșaf împăturit, aflat pe o măsuță ca cea pentru instrumente — va fi poziționat în așa fel, încît i se va imprima o rotație ușor în afară ; în felul acesta fața internă a antebrațului se va situa în sus.

Anestezia : locală, cu clorhidrat de procaină soluție 1% sau xilină soluție 1%. Anestezicul se infiltrează atît la nivelul piramidei nazale distruse (la patul grefei), cît și la cel al brațului stîng de unde se prelevează grefa.

Pregătirea patului grefei : tegumentele cicatriceale sînt excizate, incizîndu-se în tegumente sănătoase, cu vascularizație normală. Incizia nu se execută perpendicular pe planul tegumentelor, ci oblic, astfel ca suprafața sîngerîndă unde lamboul se va grefa să fie cît mai întinsă. Patul grefei trebuie să aibă o formă geometrică, dacă se poate cît mai simplă cu putință.

Hemostaza, atît la nivelul patului grefei cît și la nivelul brațului stîng, de unde se prelevează grefonul, va fi făcută cu mare atenție.

Prepararea lamboului : majoritatea autorilor sînt de părere că partea inferioară a brațului — și anume, fața internă a acestuia — oferă cele mai bune condiții de recoltare a lamboului. În această zonă

Scanned with OKEN Scanner

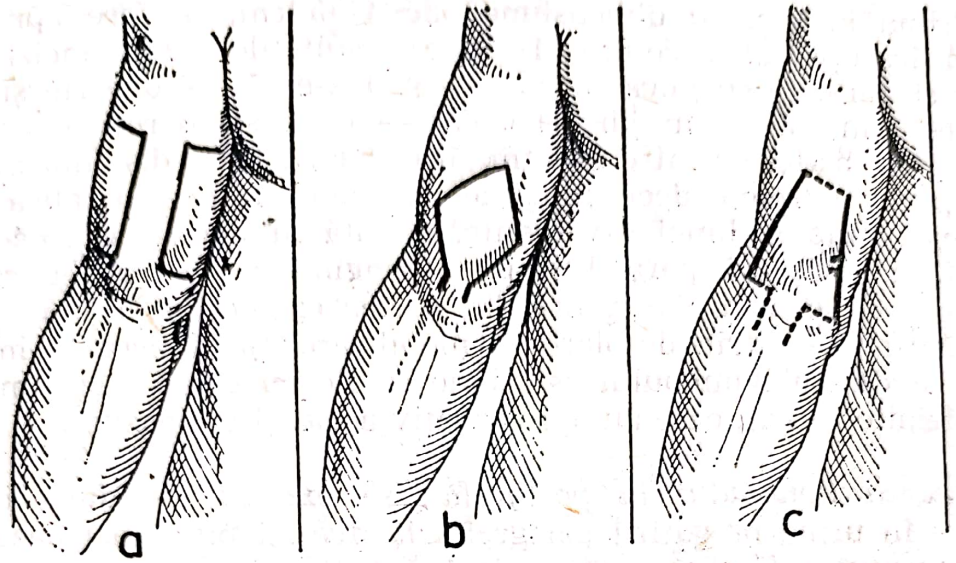


Fig. 51. Grefă monopediculată după metoda italiană (după Popian);
a. Grefa Tagliacozzi; *b*. Grefa lui Graeffe; *c*. Grefa lui Dieffenbach.

structura tegumentelor și cantitatea de țesut celuloadipos subcutanat se pretează cel mai bine pentru confecționarea lamboului.

Forma lamboului i-a preocupat mult pe chirurgi, care au imaginat, descris și executat diferite modele, ce au însă toate un caracter comun, și anume se situează cu axul longitudinal pe direcția vaselor mari ale brațului. Astfel, Tagliacozzi confecționează un lambou dreptunghiular, Graeffe preferă forma de rachetă, cu pediculul situat inferior, iar Dieffenbach folosește un lambou cu aspect trapezoidal. Joseph, mai pedant, a executat un studiu minuțios asupra comportării grefelor monopediculate recoltate de pe fața internă a brațului, stabilind și dimensiunile laturilor lamboului, precum și direcția și sediul pediculului, care este situat superior. Forma lamboului este trapezoidală. Datorită calităților sale, lamboul lui Joseph a fost adoptat de majoritatea chirurgilor.

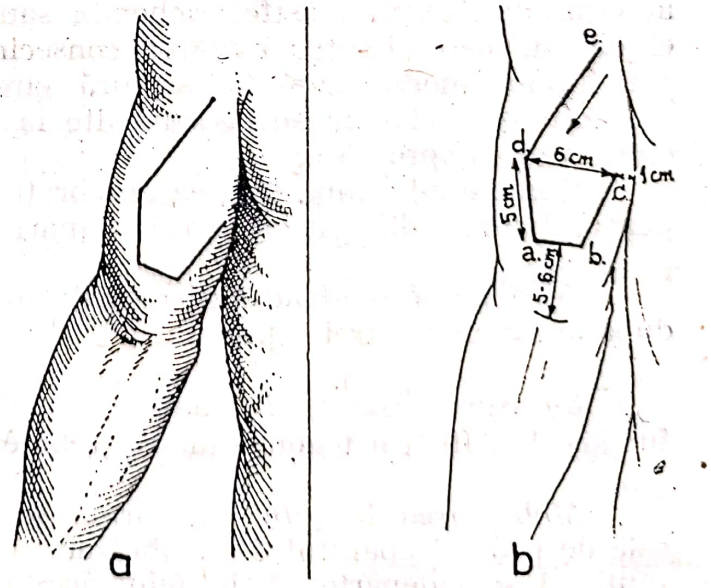


Fig. 52. Lamboul descris de Joseph (după Popian):
a. Forma lamboului; *b*. Dimensiunile lamboului descris de Joseph.

Scanned with OKEN Scanner

Prima incizie, cu dimensiunea de 4—5 cm, se face aproximativ la 5 cm deasupra plicii cotului. De la extremitățile acestei incizii — orizontale și paralele cu plica cotului — se trasează, de o parte și de alta a ei cîte o incizie — în jur de 6 cm — cu deschiderea superioară în unghi optuz, astfel ca între extremitățile lor să fie o distanță mai mare cu cel puțin o treime decît lungimea inciziei paralele cu plica cotului. De la extremitatea liniei divergente, situată în partea internă a antebrațului, se incizează paralel și pe o lungime mai mare cu cel puțin o treime decît incizia divergentă din partea extremă a brațului. Ultima incizie permite — prin decolare — mobilizarea și alunecarea întregului lambou. Pedicului lamboului este bine să fie cu două treimi mai mare decît celelalte incizii, care au aproximativ aceleași dimensiuni.

Fixarea lamboului la portgrefă: se execută — după cum s-a arătat — în urma pregătirii portgrefei la nivelul piramidei nazale, prin excizia țesutului fibros, cicatriceal și încadrarea exciziei într-o formă simplă geometrică. Sutura pediculului la portgrefă se realizează cu fire separate.

Pansamentul: se aplică foarte superficial și vizează mai mult colectarea secrețiilor, care nu trebuie să stagneze și să infecteze plaga.

Fixarea brațului: se obține prin aparate gipsate, folosite o perioadă îndelungată. Aceste aparate sînt greoaie și dificil de suportat pentru bolnav. În ultimul timp au apărut sisteme moderne de fixare prin căști prefabricate ușoare, ce mențin în bune condițiuni brațul în poziție convenabilă pentru prinderea grefei. Aparatul se menține aproximativ trei săptămîni, pînă se prinde grefa. La aceste lambouri nu se poate executa o antrenare prealabilă, așa cum se practică la grefele tubulate.

Fixarea brațului și antebrațului trebuie realizată în condiții convenabile și suportabile de către bolnav. O atenție deosebită este necesar să se acorde învelirii antebrațului cu un strat bogat de vată, iar poziția acestuia să fie în așa fel încît vasele să nu fie presate pe planul dur al craniului, evitînd astfel ischemia sau necroza cu toate consecințele ei dezastruoase. Pentru evitarea consecințelor neplăcute se controlează tot timpul modul cum se asigură circulația sanguină a membrului respectiv și se iau măsurile cuvenite la timp, în cazul că ea este deficitară sau compromisă.

Primele zile după fixarea antebrațului sînt foarte greu de suportat pentru bolnav, din cauza durerilor mari, ce dispar în cîteva zile.

Secționarea lamboului: lamboul este secționat și detașat de pedicul după aproximativ trei săptămîni.

Suturarea capătului recent secționat al lamboului la portgrefă: în funcție de deficitul tegumentar ce trebuie refăcut.

Mobilizarea brațului: în urma secționării lamboului și detașării sale de pedicul aparatul de imobilizare a brațului și antebrațului devine inutil și se îndepărtează. În felul acesta membrul superior de la care

Scanned with OKEN Scanner

s-a prelevat lamboul se mobilizează. Imediat după mobilizare se remarcă o redoare a articulației scapulohumerale, cu limitarea mișcărilor și dureri destul de mari. Adesea se adaugă atrofia — mai mică sau mai mare — a deltoidului. Nevralgiile însoțesc toate aceste fenomene și sînt resimțite de bolnav atît în repaus, cît și în timpul mișcărilor (mai ales).

Manifestările care apar după mobilizarea brațului și antebrațului dispar în timp, în urma masajelor, a tratamentului nevralgiilor și prin fizioterapie. Refacerea masei musculare a deltoidului se produce de asemenea în timp, după reluarea normală a mișcărilor variate ale membrului superior respectiv.

Tratamentul postoperator trebuie făcut conștiincios, zilnic, iar bolnavul supravegheat atent, pentru a vedea modul cum evoluează și a interveni la timp în cazul că apare vreo complicație neașteptată și nedorită. Menționăm posibilitatea instalării unei embolii după mobilizarea membrului superior, în urma suprimării aparatului de contenție.

Autografa monopediculată tubulată derivă din metoda italiană și a fost descrisă de Stepleanu-Horbatski și Popian în 1939, după ce au aplicat-o cu succes în cîteva cazuri. Grefa este folosită în corectarea defectelor mici ale piramidei nazale, deoarece transportă puțin material de refacere. Fiind tubulată, se hrănește mai bine decît cea recoltată după metoda italiană. Deși nu are nevoie, lamboul poate fi antrenat și nu presupune o gazdă intermediară.

Autografa monopediculată dublată. Procedeul presupune doi timpi operatori. În primul se creează lamboul și, dacă are o suprafață mai mare, este întîrziat ; în al doilea timp se interpune pe fața profundă a lamboului o grefă dermoepidermică, astfel încît suprafețele lor sîngerînde să se așeze una pe cealaltă. Grefele așezate astfel sînt fixate prin cîteva puncte de sutură. După două sau trei săptămîni lamboul este suturat la suprafața care trebuie acoperită, refăcînd cele trei straturi : cutanat, subcutanat și mucos.

Autografa cu lambou dublat și armat. În cazul că piramida nazală ce trebuie refăcută are afectat și scheletul osteocartilaginos, respectiv dorsul nasului, se tunelizează lamboul dublat și se introduce în țesutul celuloadipos, cît mai aproape de tegumente, o grefă osoasă sau — mai bine— cartilaginoasă. Grefa osoasă (cartilaginoasă) este menținută în țesutul celuloadipos aproximativ trei săptămîni, după care, împreună cu lamboul, va fi fixată la locul necesar.

Grefa monopediculată în punte este o grefă după brahitoracică și a fost imaginată și introdusă în practică de Rauer. Metoda constă în confecționarea unui lambou pe fața internă a brațului, cu pedicul așezat spre axilă și marginile rotunjite. Un al doilea lambou se realizează pe fața laterală a toracelui, astfel încît atunci cînd se lasă brațul în jos amîndouă lambourile să se afle la același nivel. Forma lor este drept-

Scanned with OKEN Scanner

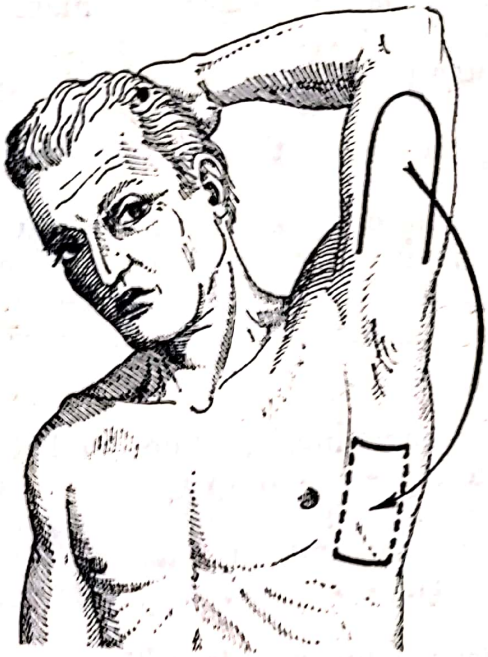


Fig. 53. Grefă monopediculată în punte — Rauer (după Popian)

unghiulară și au dimensiunile identice : 7—8 cm lățime și 14—15 cm lungime. Se face apoi tunelizarea lamboului toracic, pe sub care va trece cel brahial. Marginile celor două lambouri, precum și tegumentele din împrejurul plăgii de pe braț — după ce au fost decolate și apropiate — sînt suturate.

Autografe cu lambouri bipediculate. Autografele cu lambouri monopediculate au însemnat un progres în chirurgia reparatoare a piramidei nazale. Ele nu au fost însă în măsură să rezolve toate cazurile, mai ales că furnizează material tegumentar insuficient în distrucțiile mari. Acest motiv esențial, ca și altele — mai puțin importante — au determinat pe chirurgi să se orienteze către alte procedee de recoltare de grefe, cu ajutorul cărora să obțină lambouri cu mai mult material, posibilități sporite de furnizare a nutriției și eficiență mărită în intervențiile reconstructive ale piramidei nazale. Așa s-au născut autografele cu lambouri bipediculate.

Autografa cu lambouri bipediculate este folosită la acoperiera unei mari pierderi de substanță și constă în confecționarea unui lambou cu doi pediculi, parțial detașat. Restul lamboului este lăsat pe loc aproximativ trei săptămîni, pentru a-și căpăta o oarecare autonomie și numai după aceea se fixează la portgrefă. Dieffenbach a fost cel care a folosit pentru prima oară și frecvent grefele cu lambouri bipediculate simple.

Autografa tubulată Filatov a fost concepută și aplicată de Filatov încă din anul 1916. Cu ajutorul acestui procedeu se obțin rezultate bune în refacerea structurilor tegumentare distruse, deși aplicarea lui presupune o pregătire deosebită.

În principiu, metoda Filatov constă în confecționarea unui lambou tubulat din tegumentele regiunii pectorale, brahiale sau chiar dorsale și cervicale. Capetele lamboului rămîn atașate regiunii de unde se recol-

Scanned with OKEN Scanner

tează pînă își capătă autonomie în hrănire, printr-o circulație de neoformație. După o perioadă de aproximativ trei săptămîni, timp în care se apreciază — după diferite testări și antrenări — că dispune de o circulație suficientă, i se secționează capătul distal și este grefat pe regiunea piramidei nazale ce trebuie refăcută.

- **Tehnica prelevării autografelor cu lambouri bipediculate (Filatov)**

Poziția bolnavului este în funcție de locul de recoltare a lamboului. Dacă prelevarea se face de pe piept sau abdomen, suferindul stă cu fața în sus. Cînd se recoltează de pe o parte laterală a toracelui bolnavul este așezat în decubit lateral, drept sau stîng. Pentru lamboul dorsal este necesară o poziție cu fața în jos, iar pentru cel brahial, brațul bolnavului va fi fixat pe o măsuță de instrumente (sub braț se pune un sac de nisip sau cearșafuri împăturite), depărtat de corp, rotat ușor în afară, astfel încît suprafața lui să se afle în sus.

Poziția medicilor : medicul operator stă în partea de unde se recoltează lamboul, iar ajutorul de partea opusă, aceasta în cazul recoltărilor brahiale. Cînd recoltarea se face de pe regiunea toracică, anterioară sau dorsală, medicul operator se așază de partea dreaptă a bolnavului.

Preanestezia constă dintr-o medicație calmantă, administrată în seara dinaintea operației, și un cocteil litic, cu 30—40 de minute înaintea intervenției, așa cum s-a arătat la prelevarea grefei cartilaginoase costale.

Anestezia se face cu clorhidrat de procaină soluție 1% sau xilină 1%. La pregătirea patului grefei anestezicul poate conține puțină soluție de adrenalină, o picătură la 10 ml anestezic, deoarece zona feței este mult mai vascularizată și o sîngerare abundentă va stînjeni în timpul exciziilor. La anestezia pentru confecționarea lamboului adrenalina nu va fi folosită.

Trasarea lamboului : lamboul poate fi prelevat — așa cum s-a arătat — din diferite părți ale corpului, avînd grijă ca regiunea de unde se recoltează să fie glabră, iar tegumentele, asemănătoare cu cele ale zonei unde se transplantează. Trebuie să se evite însă producerea unei cicatrice într-un loc vizibil și să fie aleasă o zonă mai discretă, care nu l-ar incomoda prea mult pe bolnav.

Lamboul va avea forma unui dreptunghi. Dimensiunile lui sînt în funcție de suprafața ce trebuie acoperită, însă lungimea este obligatoriu să nu depășească de trei ori lățimea. După stabilirea dimensiunilor se trasează pe locul ales — cu ajutorul creionului dermatograf, al cernelei chirurgicale sau al perlei de nitrat de argint — conturul lamboului. Se recomandă ca direcția grefei să fie orientată cît mai mult cu putință pe direcția unui vas mare. Urmînd croiul stabilit sînt incizate laturile mari ale dreptunghiului. Inciziile trebuie să intereseze de la început pielea și țesutul celular subcutanat, fără a intra mai în profunzime. Cu ajutorul unei foarfece, prin depărtarea brațelor tăietoare sau prin strîn-

Scanned with OKEN Scanner

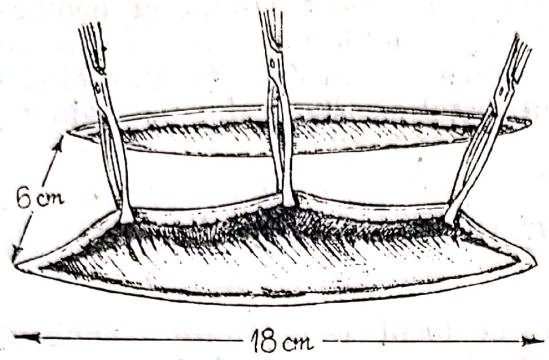


Fig. 54. Lamboul tubulat (după Aubry). Confecționarea tubului.

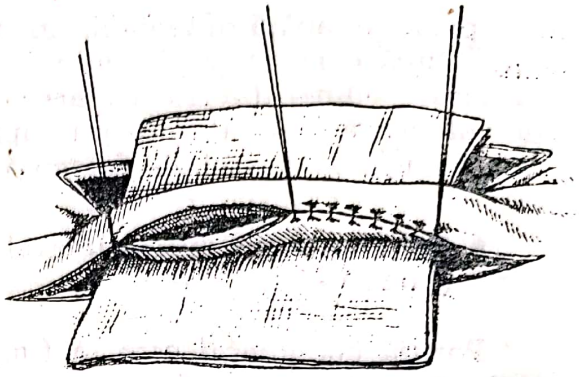


Fig. 55. Lamboul tubulat (după Aubry) Sutura lamboului tubulat

gerea lor, se decolează țesutul celuloadipos subcutanat de pe planul profund. Acum lamboul este detașat de regiunea căreia a aparținut, rămînînd legat de aceasta numai prin cele două extremități, care nu sînt altceva decît laturile mici ale dreptunghiului ce nu au fost incizate. Hemostaza va fi făcută prin electrocoagulare sau forcipresură și va fi cît mai perfectă.

Confecționarea lamboului : În continuare se plasează un mic cîmp sau o compresă desfășurată între fața profundă a lamboului, reprezentînd țesutul celuloadipos și planurile subiacente și apoi se rulează lamboul astfel, încît se formează un tub, situat în lungul laturilor mari ale dreptunghiului din care a fost confecționat. Dacă este nevoie, excesul de țesut celuloadipos se va îndepărta cu foarfecele pentru a putea afronta bine tegumentele lamboului, care vor fi suturate cu fire fine. La extremitățile lamboului, la nivelul celor doi pediculi, pe fața profundă rămîn — de o parte și de alta — cîte o suprafață sîngerîndă mică, de formă triunghiulară. Lamboul trebuie să fie moale. Dacă este

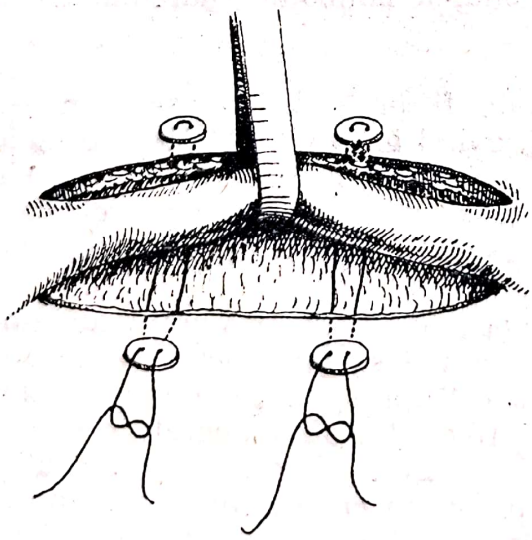


Fig. 56. Lamboul tubulat (după Aubry). Sutura marginilor plăgii la locul de unde s-a prelevat lamboul.

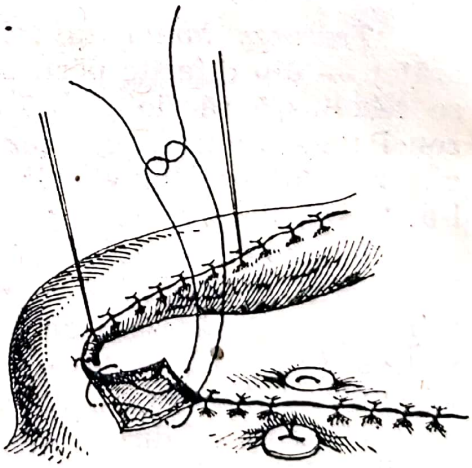


Fig. 57. Lamboul tubulat (după Aubry). Sutura suprafețelor triunghiulare prin fir în „U".

Scanned with OKEN Scanner

prea întins înseamnă că țesutul celuloadipos este în exces, ceea ce face ca tegumentele să fie puse sub tensiune. În acest caz suturile trebuie desfăcute și îndepărtat excesul de țesut celulo-adipos, pînă se obține un lambou moale. Tensionarea tegumentelor poate provoca ischemii, sfacele sau desfacerea suturilor. În vederea suturării plăgii de unde s-a recoltat lamboul este necesară decolarea — cu ajutorul unei foarfece — a țesutului subcutanat de pe planurile subiacente, pe o distanță suficientă apropierii celor două margini fără a tensiona prea mult tegumentele. Apoi se pun două sau trei fire de apropiere în *U* din mătase mai groasă, ca să nu taie tegumentele. Dacă este posibil, firele să protejeze tegumentele prin butoni așezați de fiecare parte a marginii plăgii. Între firele în *U* se recomandă cîteva puncte de sutură de susținere cu catgut la nivelul țesutului celular subcutanat. În continuare tegumentele sînt suturate prin puncte separate, după o minuțioasă afrontare. După ce s-au suturat buzele plăgii de unde s-a recoltat lamboul, la cele două extremități rămîn două suprafețe triunghiulare sîngerînde, care corespund suprafețelor triunghiulare sîngerînde de la extremitățile lamboului. Suprafețele triunghiulare sînt suprapuse și suturate — două cîte două ; vîrfurile lor se cos printr-un fir în *U*, numit punct american (Aubry).

Pansamentul are o mare importanță în reușita intervenției. Nu trebuie să se exercite nici o presiune asupra lamboului, deoarece îi poate provoca ischemie cu sfacelare sau necroză. Linia de sutură a lamboului va fi izolată de cea a tegumentelor zonei de unde s-a prelevat grefa printr-un strat de comprese, îmbibate în soluție oleoasă. Pe lambou se pun comprese îmbibate în ser fiziologic călduț. De fiecare

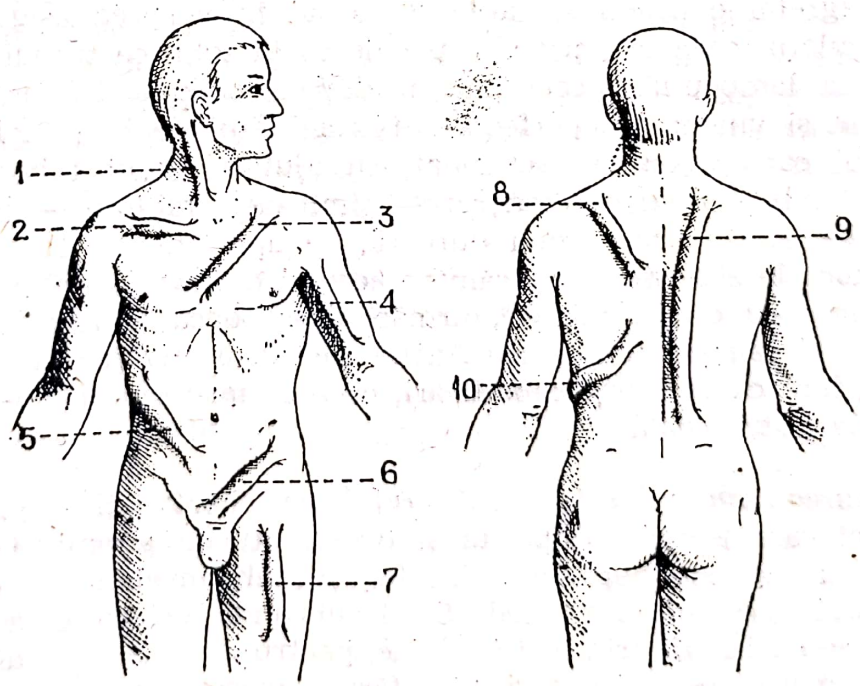


Fig. 58. Locurile de unde pot fi recoltate lambouri tubulate (după Ginestet)

parte a lamboului și în lungul acestuia sînt necesare două rulouri de comprese — prinse la piele cu benzi adezive — care să-l depășească în înălțime și să-l protejeze de orice fel de compresiune.

Îngrijiri postoperatorii : grefa va fi ținută sub supraveghere continuă, mai ales în primele zile. Compresele cu ser fiziologic călduț ce acoperă lamboul se schimbă des. Nu vor fi puse multe comprese, pentru a nu exercita presiune asupra lui.

Evoluția postoperatorie : în primele trei zile lamboul își asigură nutriția prin cele două extremități care au rămas fixate încă la locul de unde s-a prelevat grefa. Treptat, el începe să-și capete autonomie nutritivă datorită apariției vaselor de neoformație, care îi asigură în cele din urmă o nutriție prin circulația centrală sau chiar periferică. De asemenea, începe să se formeze și sistemul venos, ce asigură calea de întoarcere în lambou. Cînd intervenția chirurgicală evoluează bine, lamboul este frumos colorat, își păstrează elasticitatea și este cald. Dacă procesul nutritiv al lamboului este insuficient și nu corespunde necesităților, acesta începe să-și modifice aspectul : se cianozează, se tumefiază și se întărește ; tegumentele sînt puse în tensiune și apar veziculele. Este momentul să se ia măsuri energice pentru a salva lamboul. Cînd acesta are tegumentele puse sub tensiune mare trebuie desfăcute cîteva din punctele de sutură care țin rulat lamboul, deschise veziculele — sub cele mai severe măsuri de asepsie — și, în ultimă instanță, incizate longitudinal tegumentele.

Antrenarea și transplantarea autogrefei. De o mare importanță pentru păstrarea vitalității lamboului după secționarea și fixarea la locul portgrefei o constituie anternarea lui în vederea asigurării unei bune circulații, care să-i permită prinderea la zona ce trebuie refăcută. Antrenarea lamboului începe numai după scoaterea firelor care l-au ținut rulat și vindecarea perfectă a întregii linii de incizie. Ea se face la capătul care va trebui secționat, cu ajutorul unui tub de cauciuc rulat pe lambou și strîns moderat — timp de 5 minute — cu ajutorul unei pense. Antrenarea grefei durează, cu aproximație, trei săptămîni. În următoarele zile presiunea rămîne aceeași dar va crește zilnic timpul de strîngere cu cîte 5 minute, urmărindu-se dacă lamboul se răcește, devine palid sau se cianozează. Antrenarea continuă pînă ce se ajunge la o oră, fără ca să sufere modificări, ceea ce înseamnă că și-a dobîndit autonomia nutrițională.

Fixarea lamboului la patul grefei este în funcție de întinderea suprafeței care trebuie acoperită și de structurile piramidei nazale ce se reface. În această etapă intervine foarte mult imaginația și experiența chirurgului. Țesutul cicatriceal din locul unde urmează să fie prins lamboul se excizează prin incizii oblice, pentru a avea o suprafață sîngerîndă cît mai mare în țesut sănătos, fără a exagera în sacrificarea tegumentelor cu troficitate normală. Lambourile se fixează prin puncte separate de sutură cu fire fine.

Scanned with OKEN Scanner

Autografa întîrziată este utilizată în situațiile cînd medicul chirurg este obligat să recolteze un lambou care nu îndeplinește condițiile optime de vitalitate.

• **Tehnica recoltării lambourilor întîrziate**

Preanestezia și anestezia sînt efectuate la fel ca în celelalte intervenții de prelevare a grefelor.

Trasarea lamboului. La locul ales pentru recoltarea grefei se incizează paralel. În cazul în care necesitățile de acoperire sînt mai mari este posibilă abaterea de la regula dimensiunilor și a raporturilor dintre lungimea și lățimea lamboului.

Decolarea lamboului. Țesutul celuloadipos subcutanat este decolat — cu foarfecele — incomplet de pe planurile subiacente, lăsîndu-se în centru o zonă intactă. Se face hemostaza, de preferat prin electrocoagulare, evitîndu-se ligatura vaselor cu catgut. Apoi, cele două incizii sînt suturate prin puncte separate.

Pansamentul va fi ușor compresiv, pentru a evita subfuziuni serosanguinolente sau chiar hematoame, care ar putea da complicații.

Evoluția postoperatorie este, în general, favorabilă. La aproximativ opt zile se scot firele și, în timp de trei săptămîni, cît este întîrziată, grefa își formează o vascularizație mult mai bună și mai bogată decît la lambourile tubulate, ce se hrănesc — cel puțin în primele zile — numai prin cei doi pediculi de la extremități.

La confecționarea grefei întîrziate elementul deosebit de important de care trebuie să se țină seama îl constituie croirea lamboului cu aproximativ doi centimetri mai lat decît este necesar acoperirii pierderii de substanță. Această rezervă de doi centimetri în lățime va fi folosită după trei săptămîni, cînd trebuie executate alte incizii (în țesut sănătos, necicatriceal), în scopul prelevării și transportului grefei.

Autografa cu lambou amînat este grefa tubulată, care poate fi amînată într-un singur timp sau în mai mulți timpi operatori, în funcție de dimensiunile zonei receptoare.

Grefa amînată cu un singur timp poate fi luată din vecinătatea zonei afectate sau de la distanță și fixată — după o pregătire identică ca la grefele Filatov — în regiunea receptoare a piramidei distruse. Cea amînată cu mai mulți timpi se folosește cînd — din cauza conformației zonei cu pierdere de substanță — nu este în măsură să acopere de prima dată lipsa de tegumente și este nevoie de mai multe implantări succesive. Prin aceste lambouri amînate în mai mulți timpi rezultatele estetice sînt relativ slabe, datorită cicatricelor multiple care rezultă.

Autografa cu migrații succesive sau, cum se mai numește, în pas de omidă, constă din confecționarea unei grefe tubulate, care se antre-

Scanned with OKEN Scanner

neaz̆ pînă devine destul de robustă și apoi este deplasată succesiv în diferite zone convenabile ale corpului, pînă ajunge în zona piramidei nazale distruse. Migrația lamboului se face prin mișcări alternative ale capetelor și nu poate depăși 4—5 deplasări. Condiție esențială pentru reușita transplantării grefei prin migrațiuni succesive este ca ea să nu fie răsucită sau strivită în timpul migrării și fixării în diferite locuri intermediare. Mai trebuie amintit că cu fiecare migrație grefa își pierde din vitalitate.

Aceste inconveniente au făcut ca ea să fie din ce în ce mai puțin folosită și înlocuită cu grefa *în săritură prin gazdă intermediară.*

Autografa în săritură prin gazdă intermediară nu este altceva decît o grefă tubulată tip Filatov, care — după ce a fost antrenată — nu mai este transportată prin mutări succesive din aproape în aproape, ca la cea în pas de omidă, ci prin intermediul unui membru superior, ce îi servește de gazdă intermediară. Autografa tubulată — prelevată de pe abdomen, torace sau din altă parte — este antrenată bine și mutată pe membrul superior drept ori — de preferat — stîng, fie la nivelul brațului, fie cel al antebrațului sau chiar al mîinii, dacă este un lambou mai mic.

- **Tehnica transplantării în săritură prin gazdă intermediară**

Anestezia se face local, cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1%, la nivelul atît al extremității autografei tubulate pe care urmează s-o detașăm, cît și la cel al regiunii unde dorim s-o implantăm. La anestezic nu se va folosi adrenalină, deoarece ischemiază lamboul și regiunea de grefat.

Secționarea lamboului. Lamboul este secționat în dreptul pediculului ales pentru a fi transplantat, la nivelul unde s-a făcut antrenarea, fie perpendicular pe axul longitudinal al lamboului, dacă nu se vrea o lungime prea mare a acestuia, fie oblic, mai mult sau mai puțin pronunțat, în cazul în care este necesar un lambou mai lung. Suprafața sîngerîndă a lamboului se ajustează, excizîndu-se — dacă este cazul — din țesutul celuloadipos. Hemostaza se face prin electrocoagulare, evitînd ligaturile cu catgut.

Pregătirea patului grefei. Locul unde urmează să fie transplantată autografa tubulată se alege, de obicei, pe antebraț, într-o zonă glabră, întrucît este mai comod pentru bolnav. Se face un cîmp cu alcool iodat și apoi este trasat un lambou arciform, cu o suprafață mai mare decît secțiunea pedicului, pentru a avea o arie de grefare suficient de întinsă.

Sutura lamboului tubulat la patul grefei este efectuată cu catgut, printr-o ligatură în centrul secțiunii lamboului și în cel al patului grefei, interesînd atît țesutul celuloadipos al lamboului, cît și țesutul patului

Scanned with OKEN Scanner

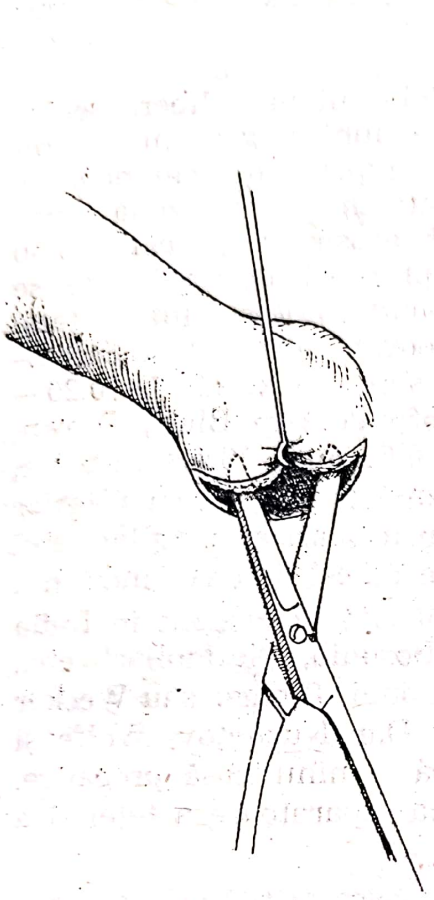


Fig. 59. Transplantarea lamboului (după Ginestet)

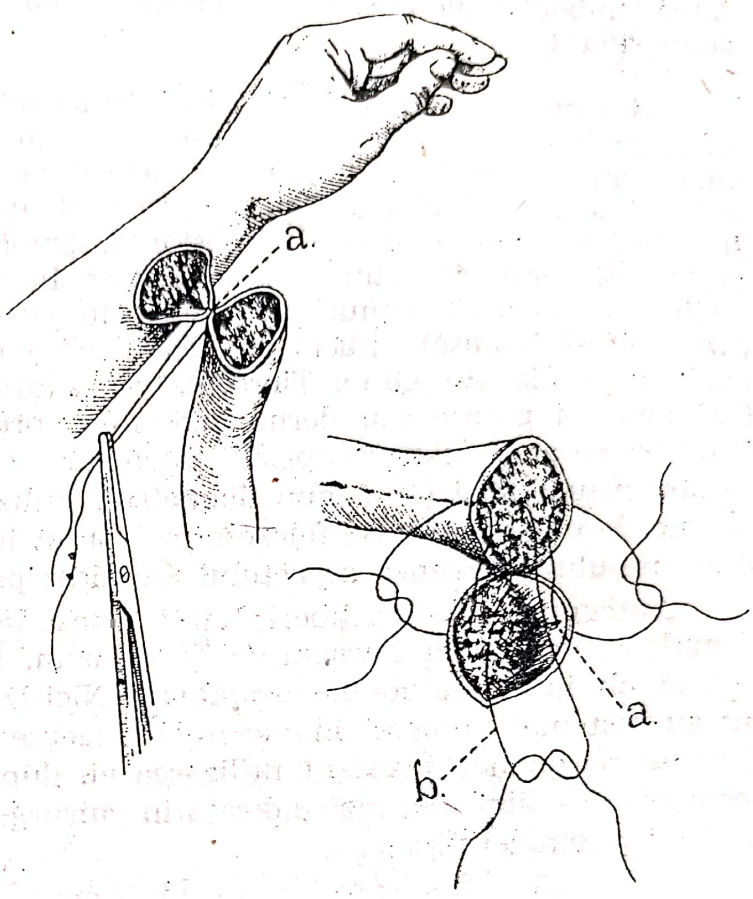


Fig. 60. Sutura lamboului tubulat la patul grefei (după Ginestet)

grefei. Tegumentele sînt suturate prin puncte simple, începîndu-se cu puncte opuse, care să fixeze secțiunea lamboului pe patul grefei. Între primele patru puncte sutura se completează cu puncte intercalate din fire fine. Hemostazei este necesar să i se acorde atenția deosebită, deoarece apariția unuia sau a mai multor hematoame pot provoca desfacerea lamboului de portgrefă. De asemenea, lamboul nu trebuie să fie nici întins prea mult și nici cudat ori strivit.

Contenția antebrațului se va situa față de zona din care s-a prelevat autografa tubulată, într-o poziție cît mai confortabilă, dar care să nu jeneze circulația sau să întindă ori să plicatureze lamboul, ceea ce ar crea dificultăți în nutrirea și prinderea lui pe portgrefă. Menținerea antebrațului în apropierea abdomenului sau a toracelui este realizată cu ajutorul unei centuri abdominale, precum și al unei mănuși, care se acroșează și se fixează de centură cu benzi adezive. După aproximativ o lună pot fi detașate capătul proximal al lamboului și grefa în regiunea piramidei nazale, unde se află zona ce trebuie acoperită, cu condiția să existe certitudinea unei bune nutriții. Nu trebuie să se uite că și viitoarea portgrefă se află într-o zonă cicatriceală, fibroasă, nu prea bine vascularizată. Mai degrabă este întîrziată peste o lună gre-

farea lamboului tubulat în zona piramidei nazale, decît să fie compromis actul operator.

Autografe cutanate libere. Prin autografele cutanate libere se înțeleg lambourile tegumentare de diferite dimensiuni și grosimi, interesînd numai țesutul cutanat, ce se detașează complet din regiunea din care au fost prelevate, pentru a fi transplantate într-o altă zonă, unde trebuie acoperită o lipsă de substanță. După grosimea pe care o au grefele și straturile cutanate interesate în procesul de prelevare se disting următoarele genuri de autografe cutanate libere: libere total (tip Wolf și Krause); libere despicate, care pot fi subțiri sau dermoepidermice (de tip Ollier-Tiersch), cu o grosime maximă de 0,20—0,25 mm ori groase sau dermoepidermice profunde (tip Blair, Brown, Padgett), ce au grosimea cuprinsă între 0,50 și 0,60 mm; libere insulare, de dimensiuni mici (2—3 mm diametru), utilizate la acoperirea plăgilor pe cale de înmugurire. Se folosesc mai puțin în acoperirea plăgilor feței și ale nasului din cauza aspectului mozaicat pe care-l dau la vindecare.

Autografa cutanată liberă totală a fost folosită la început în India și mult mai tîrziu în Europa, de Wiessmann, Boronio, Dieffenbach etc., care au obținut rezultate descurajatoare. Nici Dzondi, Bunger sau Wecker nu au fost mai norocoși în încercările făcute. Dar Kuznețov, Wolfe și Krausse recomandă insistent utilizarea ei, după o minuțioasă pregătire, socotind-o ca fiind cea mai indicată în chirurgia reparatoare a feței și a regiunii piramidei nazale.

- **Tehnica prelevării autografei cutanate libere totale**

Preanestezia se face, așa cum s-a arătat la prelevarea autografei cartilaginoase costale, în seara dinaintea operației cu medicație calmantă și în dimineața intervenției cu un cocteil litic.

Anestezia: anestezicul este administrat la locul de prelevare al autografei, cu novocaină 1% sau xilină 1%, iar la nivelul cicatricei piramidei nazale se adaugă și 1—2 picături de adrenalină.

Extirparea cicatricei: cicatricea se excizează întotdeauna în țesut sănătos, fără a sacrifica prea mult din acesta. Buzele ei trebuie secționate ferm, fără ezitări și cît mai perpendicular posibil. Țesutul cicatriceal fibros este ridicat cu foarfecele pînă se ajunge la cel sănătos, apoi se face hemostaza prin electrocoagulare, evitîndu-se ligaturile cu catgut. Suprafața denudată este acoperită cu comprese umezite în ser fiziologic adrenalinat călduț.

Modelul cicatricei excizate se confecționează din tifon steril, hîrtie de calc sterilizată cu alcool sau din celofan sterilizat cu formaldehidă și spălat bine cu soluție de ser fiziologic sterilă.

Copia formei geometrice care a încadrat cicatricea excizată, reprezentată acum printr-o suprafață sîngerîndă, se aplică pe regiunea dona-

Scanned with OKEN Scanner

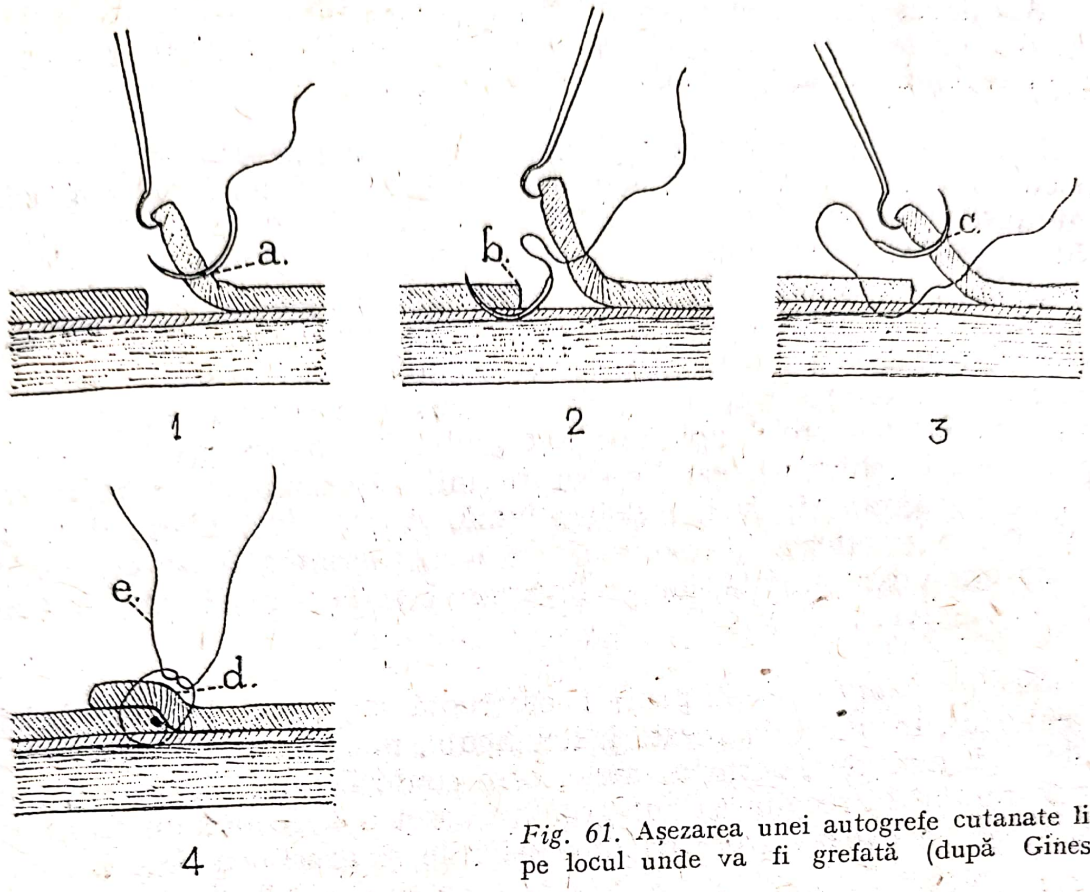


Fig. 61. Așezarea unei autografe cutanate libere pe locul unde va fi grefată (după Ginestet)

toare și se desenează cu cerneală chirurgicală sau perlă de nitrat de argint, fără a întinde și a pune sub tensiune tegumentele.

Sutura autografei. După ce a fost bine așezată și întinsă, fără să se facă cute, pe suprafața sîngerîndă, autografa este suturată cu ace fine, dacă se poate atraumatice, fixîndu-se la început cîteva puncte opuse de sutură, apoi completîndu-se conturul prin puncte simple.

Pansamentul. Se aplică compresele sterile, îmbibate cu o soluție grasă peste care se pune un burete înmuiat într-o soluție de antibiotic. Buretele și compresele sînt fixate cu capetele de fire rămase de la sutură, astfel încît pansamentul să aibă un caracter compresiv. Se aplică apoi deasupra cîteva comprese sterile, care sînt fixate la tegumente cu benzi adezive.

Pansamentul trebuie lăsat aproximativ zece zile, și numai după aceea reînnoit, de cîte ori este nevoie, pînă la completa vindecare.

- **Tehnica prelevării autografelor libere despicate subțiri și groase**

Autografa cutanată liberă despicată poate fi — așa cum s-a menționat — subțire, de tip Ollier-Tiersch, a cărei grosime nu depășește 0,20—0,25 mm, sau groasă, de tip Blair, Brown, Padgett, avînd grosimea de 0,50—0,60 mm.

Scanned with OKEN Scanner

Anestezia pentru prelevarea autogrefelor libere despicate subțiri și groase se face atît la locul de recoltare, cît și la patul grefei, cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1%.

Pregătirea patului grefei : Regiunea care trebuie acoperită se spală bine cu ser fiziologic călduț și apoi, dacă există o exagerare a mugurilor, cu ajutorul briciului sau al cuțitului de grefe, se nivelează plaga, ridicîndu-se proeminențele mugurilor ce depășesc suprafața plăgii. Se produce o sîngerare abundentă, care se stăpînește cu comprese îmbibate în ser fiziologic adrenalinat. Nu sînt admise ligaturile cu catgut. Lauwers folosește cu succes și recomandă electrocoagularea, ca fiind cel mai bun procedeu de stăpînire a hemoragiei, mai ales în cazul vaselor mici. Este esențial ca în momentul aplicării autogrefei hemostaza să fie perfectă și să nu existe chiaguri, care nu ar permite așezarea perfectă a autogrefei pe portgrefă și, deci, nutriția bună. Autogrefele libere despicate trebuie să se recolteze dintr-o zonă cu pielea asemănătoare cu cea din regiunea unde este grefată, iar prelevarea să se facă în direcția trabeculelor conjunctive.

Recoltarea autogrefei : poate fi efectuată cu cuțitul de grefe, briciul sau bisturiul. În afară de aceste instrumente, mai pot fi folosite cuțitele reglabile și, mai ales, dermatoamele, care conferă o mai mare siguranță și uniformitate în recoltarea autogrefei. Gosset a conceput un dermatom electric, ce prelevează grefa de dimensiunile și grosimea dorită.

Aplicarea lambourilor. După recoltare lambourile sînt aplicate pe suprafața sîngerîndă, fie cu cîte o margine suprapusă pe cealaltă, sub formă de solzi, fie alăturate.

Fixarea lambourilor : se fixează printr-un pansament ușor compresiv, lipindu-se de pat prin plasmă simplă sau amestecată cu fibrinogen. Poate fi utilizat numai fibrinogenul, la temperatura de 37°C. Sano folosește coagularea prin contact, cu ajutorul unui extract macerat de leucocite, care coagulează la nivelul patului grefei plasma sanguină. Alți chirurgi preferă trombina. Dar fixarea lambourilor este posibilă și suturînd prin puncte izolate, așa cum preferă majoritatea chirurgilor.

Pansamentul, ușor compresiv asupra întregii suprafețe a lamboului, se realizează cu comprese și vată sau cu un burete, peste care sînt aplicate cîteva comprese, fixate cu benzi adezive. Este păstrat aproximativ 10—12 zile, după care este reînnoit periodic la cîteva zile, pînă la completa vindecare.

Regiunea de unde s-a prelevat lamboul va fi protejată cu un strat foarte subțire de unguent bacteriostatic, pe care se pun comprese. Pansamentul rămîne pe loc 12—14 zile, apoi se examinează plaga, care trebuie să fie vindecată după această perioadă.

Autografa cutanată liberă insulară este o grefă dermoepidermică, cu diametrul de 2—3 mm. Ea poate acoperi plăgile pe cale de inmugurire, dar are dezavantajul că după vindecare capătă un aspect mozaicat.

Scanned with OKEN Scanner

Autografa dermică a fost mai rar utilizată, deși Virenque a recomandat-o ca fiind foarte utilă în chirurgia reparatoare a feței și chiar a nasului.

• **Tehnica prelevării autografelor dermice profunde**

Anestezia — cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1% — este locală — atît la nivelul zonei de prelevare a autografei, cît și la cel de implantare.

Se face incizia obișnuită de prelevare a unui lambou dermoepidermic, de dimensiunea suprafeței de acoperit, cu condiția să fie lăsată o balama prin care să rămînă atașat la zona de prelevare.

Pregătirea stratului dermic profund. Apoi, lamboul este detașat cu ajutorul unui foarfece, fără să fie interesat țesutul celuloadipos subcutanat, și se rabate expunînd suprafața dermică profundă. În continuare este recoltat stratul dermic profund, de grosimea necesară. Lamboul prelevat se păstrează învelit în comprese umezite cu ser fiziologic călduț.

Sutura zonei din care s-a recoltat lamboul. Locul din care a fost recoltat este suturat prin puncte izolate și, dacă se află într-o zonă descoperită, se completează cu sutură intradermică.

Pregătirea patului grefei. Patul grefei poate fi pregătit fie înaintea prelevării lamboului (de preferat), fie după recoltare și constă în excizia în țesutul sănătos a cicatricei fibroase, încadrată într-o formă geometrică. Incizia trebuie să fie perpendiculară pe suprafața tegumentelor, deși unii autori o preferă oblică.

Sutura autografei este efectuată prin puncte fixe, pentru evitarea rulării marginilor lamboului.

Pansamentul va fi făcut cu comprese îmbibate în soluția oleoasă sterilă și burete sterilizat, acoperit cu un alt strat de comprese sterile. Tot pansamentul se prinde cu benzi adezive, care să exercite o ușoară presiune unfiromă pe toată suprafața lamboului.

Autografele grăsoase sînt întrebuințate la capitonarea sau umplerea unor depresiuni. Noi le-am folosit în chirurgia recalibrării foselor nazale, în ozenă, capitonînd în profunzime fundul de sac, în care au fost introduse bastonașe de acrilic ori cartilaj. Înainte de închiderea plăgii se mai adaugă un strat de autografă grăsoasă, în scopul protejării mucoasei de presiunea pe care o exercită asupra ei bastonașul de acrilic sau cartilaj. Astfel se evită eliminarea acestora, țesutul grăsos transformîndu-se — în timp — într-un țesut fibros, ce le fixează și nu le mai permite să perforeze mucoasa.

• **Tehnica recoltării autografei grăsoase**

Anestezia în vederea recoltării se face local, cu clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1%. Regiunile preferate pentru prelevare sînt abdominală și fesieră, deoarece au un conținut bogat de țesut grăsos.

Scanned with OKEN Scanner

Incizia : se face după preferința chirurgului și în funcție de cantitatea de țesut celuloadipos ce trebuie recoltat. Ea poate fi liniară sau sub formă adecvată creării unui lambou de diferite forme : pătrat, dreptunghiular, în potcoavă. Pe o latură a sa, lamboul nu este incizat.

Recoltarea autografei grăsoase. Autografa este detașată cu forfecele, în așa fel încît să cuprindă — în afară de tegumente — și țesutul celuloadipos necesar. Se rabate, expunînd spre exterior, suprafața sîngerîndă ce este formată din țesut celulogrăsos, și apoi — cu foarfecele — se recoltează grăsimea de care este nevoie. Întrucît în timp grăsimea se transformă într-un țesut fibros, micșorîndu-și volumul, este nevoie ca aceasta să fie prelevată în cantități mai mari decît s-ar părea că este necesar.

Unii chirurgi recomandă ca odată cu prelevarea țesutului grăsos să se recolteze și stratul profund al dermului, afirmînd că acesta ar avea un rol inhibitor asupra rezorbției și transformării fibroase a autografei grăsoase.

Țesutul grăsos — după cum se știe — se infectează ușor. De aceea trebuie luate măsuri stricte de sterilizare în tot timpul actului operator.

Sutura lamboului la locul de unde a fost confecționat. Marginile țesutului celuloadipos de unde s-a recoltat grefa sînt apropiate prin cîteva puncte de sutură și apoi se suturează. După o hemostază bună se rabate lamboul cutanat și așezat pe zona de unde a fost detașat. Sutura este efectuată cu puncte izolate.

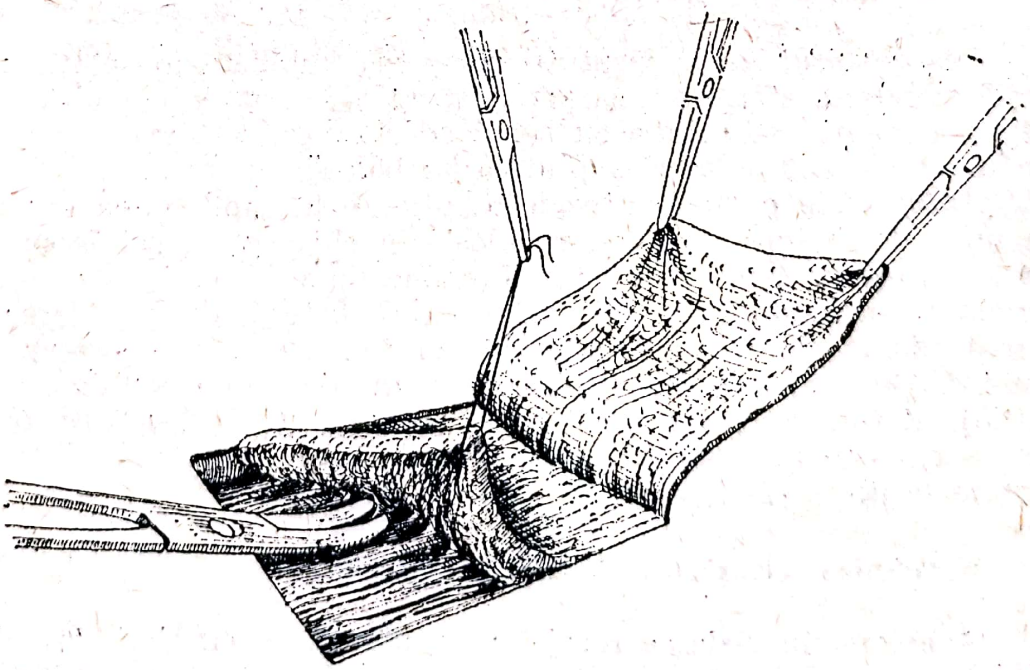


Fig. 62. Grefă grăsoasă cu derm conservat (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

Transplantarea autogrefei grăsoase. Autografa grăsoasă, fiind un material de capitonaj și umplutură, se grefează la locul indicat cu cele mai severe măsuri de aspepsie și antisepsie, pentru a evita o supurație care ar putea compromite rezultatul.

Grefele celuloadipoase sînt folosite mai puțin ca țesut de susținere. Noi le-am utilizat în chirurgia corectoare și reparatoare a feței și nasului cu rezultate bune atît ca țesut de susținere în defecțiuni de mici proporții, cît mai ales ca plombaje în regiuni cu depresiuni.

Scanned with OKEN Scanner

6

CHIRURGIA CORECTOARE A NASULUI

Chirurgia corectoare a nasului cuprinde ansamblul tehnicilor chirurgicale care urmăresc corecția deformațiilor congenitale sau cîștigate ale piramidei nazale cu tegumente intacte. Ea trebuie să rezolve în primul rînd traumatismele recente, urmărind obținerea unor rezultate morfologice și funcționale bune. Este în măsură însă să corecteze și o gamă foarte variată de conformații congenitale sau deformații dobîndite cu mult timp înainte.

Traumatismele piramidei nazale se pot limita la simple contuzii ori plăgi ale tegumentelor, dar este posibil să se producă și leziuni ale scheletului osteocartilaginos, cu sau fără interesarea septului. Leziunile scheletului osteocartilaginos sînt foarte variate, în raport cu intensitatea loviturii, direcția acesteia și poziția traumatizatului față de agentul vulnerant. Loviturile pot provoca fisuri sau fracturi. Fracturile sînt fie fără deplasare osoasă, fie cu deplasarea fragmentelor osoase și cu deformarea piramidei nazale.

Literatura de specialitate clasifică traumatismele piramidei nazale în funcție de direcția și intensitatea loviturii astfel : laterale, anteroposterioare și inferosuperioare. Traumatismele laterale au ca urmare :

— *Fisuri sau fracturi fără deplasare a fragmentelor osoase*, care pot fi neglijate de traumatizat ; medicul nu este în măsură să intervină cu nimic.

— *Fracturi unilaterale* — înfundarea unui singur os propriu nazal, care de multe ori constă numai dintr-o dislocare a acestuia, fără să fie vorba de o fractură. Sînt frecvente mai mult la copii.

— *Fracturi cu dislocarea călușului nazal*, care se împart în două grupe. Din prima grupă fac parte cele provocate de lovituri foarte puternice, care produc într-o parte a piramidei dislocarea călușului la nivelul suturii osului propriu cu apofiza ascendentă a maxilarului superior, iar de partea opusă, o fractură situată mai jos, dar tot în lungul suturii. În grupa a doua sînt incluse fracturile-luxație ale lui Jacques și Sollier, la care numai călușul — dislocat din sutură nazo-frontală — se deplasează, restul piramidei, inclusiv blocul mobil, rămînînd în poziția normală.

— *Fracturi totale ale piramidei nazale*. Piramida nazală este deplasată în întregime de partea opusă direcției din care vine lovitura.

Scanned with OKEN Scanner

Fractura se produce la nivelul apofizelor ascendente ale maxilarului superior, și anume, către baza acestora.

Traumatismele anteroposterioare pot fi provocate de :

— *Lovitură asupra călușului osos,* care înfundă și lărgește rădăcina nasului, prin turtirea călușului osos și deplasarea laterală a apofize-

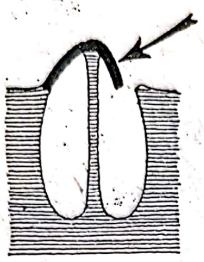


Fig. 63. Luxația osului propriu nazal (după Aubry)

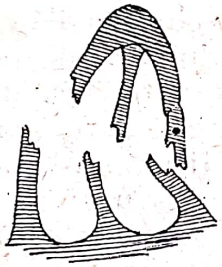


Fig. 64. Fractura marginală a apofizei ascendente a maxilarului superior (după Aubry)

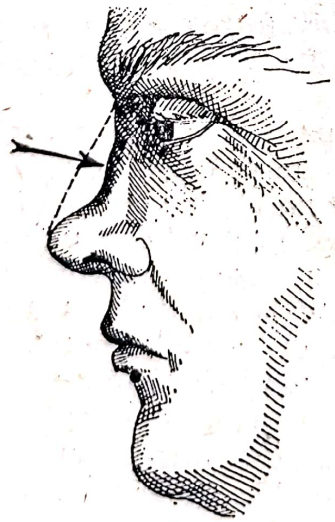


Fig. 65. Traumatism anteroposterior al călușului osos nazal cu înfundarea rădăcinii nasului realizînd nasul în șa (după Aubry)

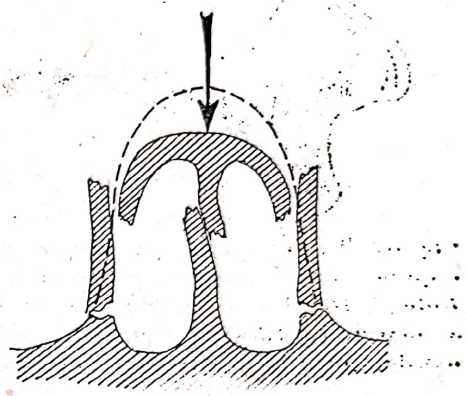


Fig. 66. Traumatism anteroposterior cu înfundarea călușului osos nazal și ruperea cu deplasare laterală a apofizelor ascendente ale maxilarului superior (după Aubry)

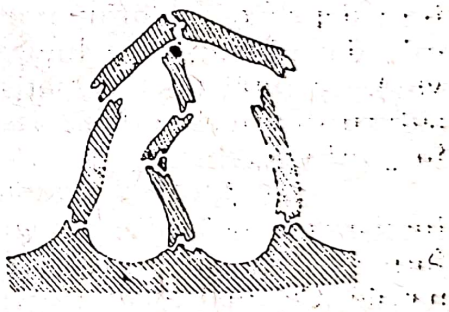


Fig. 67. Fractura în carte deschisă consecutivă unui traumatism anteroposterior (după Aubry)

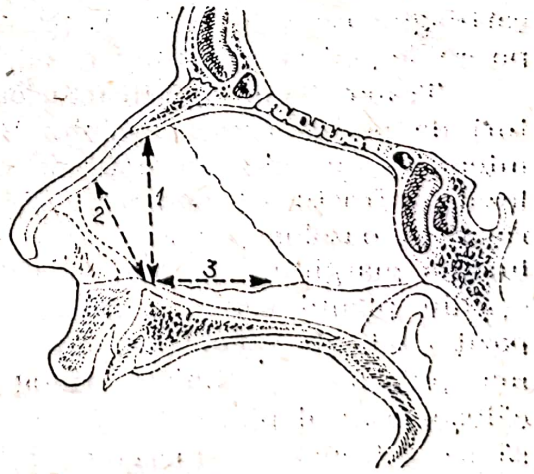


Fig. 68. Diferite tipuri de fractură ale septului cartilaginos (după Aubry):
1 — fractura tip Chevallet; *2* — fractura anterioară a septului; *3* — fractura-luxație tip Jarjavay.

Scanned with OKEN Scanner

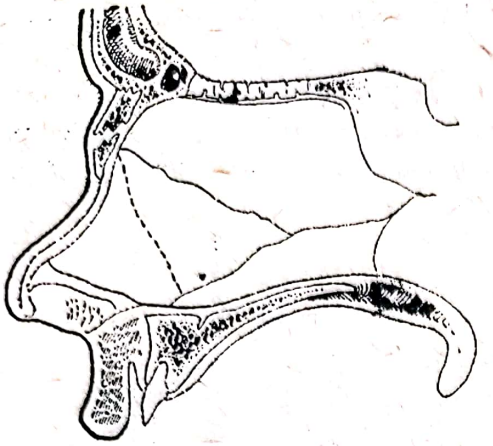


Fig. 69. Traumatism anteroposterior asupra regiunii cartilaginoase a nasului (după Aubry). Se observă interesarea în fractură a marginii inferioare a oaselor proprii nazale, precum și fractura cloazonului.

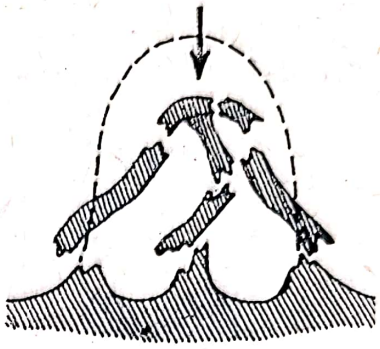


Fig. 70. Strivirea nasului printr-un traumatism puternic anteroposterior (după Aubry)

lor ascendente ale maxilarului superior. Septul nazal este interesat și el, fracturîndu-se în mai multe fragmente, fie la nivelul cartilajului patrulater, fie la cel al lamei perpendiculare a etmoidului; este posibil însă ca întreaga suprafață osteocartilaginoasă septală să fie fracturată, lovitura depalsînd și înfundînd fragmentele. Dar sînt și cazuri cînd septul este doar luxat, de-a lungul suturii cu vomerul (fractura-luxație Jarjavay). La copii un traumatism antero-posterior are ca urmare desfacerea suturii dintre cele două oase proprii nazale, care se depărtează (fractura în „carte deschisă").

— *Lovitură în regiunea cartilaginoasă a nasului,* care produce înfundarea structurii cartilaginoase a piramidei nazale, putînd — în unele forme — să antreneze și fractura marginii inferioare a oaselor proprii nazale. Cel mai afectat în acest gen de lovitură este septul cartilaginos nazal (fractură anterioară, întîlnită mai rar, fractură Chevallet sau fractura-luxație Jarjavay).

— *Lovitură puternică cu strivirea nasului.* Întreaga piramidă osteocartilaginoasă este strivită, provocîndu-se o fractură cominutivă atît a piramidei, cît și a septului nazal.

Traumatisme inferosuperioare se produc fie în urma unei lovituri de pumn asupra vîrfului nasului, fie a unei căzături în față, cu interesarea nasului. În astfel de situații septul nazal este cel mai frecvent lezat — fractură Chevallet, care se întinde de la nivelul marginii inferioare a oaselor proprii nazale pînă la spina nazală anteroinferioară; luxația marginii anteroinferioare a cartilajului patrulater, cu deplasare — din planul sagital normal — într-un plan frontal, modificîndu-și poziția față de subcloazon. În cazul unor traumatisme infero-superioare mai puternice cartilajele triunghiulare se dislocă și se insinuează sub călușul osos al piramidei nazale; este posibil ca în momentul dislocării să se antreneze și marginea inferioară a oaselor proprii nazale, care suferă o fractură la acest nivel.

Simptomatologia unui bolnav care a suferit un traumatism al piramidei nazale este foarte complexă și depinde de intensitatea loviturii, de

Scanned with OKEN Scanner

obiectul cu care aceasta s-a executat, de regiunea unde s-a produs izbitura și de poziția bolnavului în momentul în care a suferit traumatismul sau accidentul. Starea generală este afectată în cea mai mare parte a cazurilor. Traumatizatul prezintă o stare comoțională, cu paloare, transpirații reci și chiar lipotimii. Local, după o perioadă mai mult sau mai puțin scurtă, apare o tumefacție, cu echimoze, care se întind la nivelul pleoapelor și în zonele învecinate piramidei nazale.

În fracturile cu deplasare osoasă piramida nazală se deformează imediat după traumatism. În perioada următoare tumefierii și apariției echimozelor deformațiile se maschează și pot fi apreciate mai greu. De aceea, pentru redresarea piramidei este bine să se intervină înainte, întrucît forma fracturii este vizibilă și se poate acționa în vederea redresării morfologice și funcționale cu mai multă eficiență.

Fisurile osoase nu pot fi puse în evidență prin palpare. Palparea sesizează numai fracturile cu sau fără deplasare. Fracturile deschise în fosele nazale se pot asocia cu un emfizem subcutanat, mai mult ori mai puțin întins.

Examenul rinoscopic evidențiază mucoasa pituitară tumefiată, septul cu modificări variate, în funcție de locul fracturii și locul unde s-au deplasat fragmentele, obstruînd de cele mai multe ori fosele nazale. Cînd fragmentele osteocartilaginoase lezează mucoasa în fosele nazale se constată cheaguri și un epistaxis, care în multe cazuri se oprește spontan. În unele fracturi ale septului nazal este prezent și hematomul septal.

Examenul radiologic, ce nu trebuie neglijat în asemenea cazuri, pune în evidență fractura, modul în care sînt deplasate fragmentele și indică datele necesare redresării piramidei și septului nazal.

Diagnosticarea unei fracturi a piramidei nazale nu este greu de făcut, mai ales în cazul celei cu deplasare. Anamneza, deformația piramidei, ca și crepitațiile care se percep la palpare dau cu certitudine indicația de fractură. Mai dificil este de stabilit o fisură sau o fractură fără deplasare osoasă, însoțită de tumefacție și echimoze la nivelul tegumentelor. În aceste cazuri numai examenul radiologic ne poate ajuta.

Evoluția fracturilor piramidei nazale este în funcție de genul fracturii, de modul, și mai ales, de momentul în care se intervine.

Fracturile sau fisurile fără deplasare osoasă și interesare a septului nazal se pot vindeca de la sine, cu rezultate structurale și funcționale destul de bune. Cele cu deplasări ori înfundări ale fragmentelor osoase, afectînd totodată — în diferite grade și forme — și septul nazal, trebuie rezolvate în cît mai scurt timp de la producerea loviturii sau accidentului, înainte de instalarea tumefacției și echimozelor. Dacă nu s-a intervenit în momentul oportun unii chirurgi recomandă să se aștepte cîteva zile pînă se retrage tumefacția și numai după aceea să se redreseze piramida și septul nazal.

În cazul în care nu se solicită asistență medicală fractura cu deplasare osoasă se consolidează vicios atît ca aspect anatomic, cît și funcțional, creînd în timp neplăceri atît din punct de vedere estetic, cît și fiziologic.

Scanned with OKEN Scanner

6.1. RINOPLASTIILE REDUCTOARE

Definiția : ansamblul intervențiilor chirurgicale care se execută în cazul fracturilor recente ale piramidei și septului nazal în scopul obținerii unui rezultat morfofuncțional corespunzător.

Indicații : în toate cazurile de fracturi recente ale piramidei și septului nazal, cu deplasare osoasă sau osteocartilaginoasă și compromitere funcțională.

Contraindicații : în fisuri sau fracturi fără deplasare osoasă și interesare a septului nazal, precum și în fracturile vechi vicios consolidate.

Pregătirea preoperatorie : fața bolnavului, buzele și narinele sînt șterse cu un tampon îmbibat cu apă oxigenată, pentru a îndepărta toate urmele de sînge. Din fosele nazale sînt eliminate cheagurile și, apoi, cu o forfecuță mică curbă sînt tăiați perii din vestibulele nazale.

6.1.1. TEHNICILE REDUCTOARE

Instrumentarul : 2 specule nazale ; 2 specule nazale Palmer ; o pensă cu brațele late în cioc de rață tip Martin, Dufourmentel, Joseph, Walsham sau Asche ; o pensă cudată pentru nas ; un specul Killian cu valve lungi ; o pensă baionetă.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat, cu fața în sus, avînd sub cap o pernă cu nisip.

Poziția chirurgilor : operatorul, de partea dreaptă a bolnavului ; ajutorul, de partea opusă.

Cîmpul operator : se dezinfectează cu alcool regiunea piramidei nazale și a zonelor învecinate ; de asemenea, vestibulele nazale.

Punctele de reper : unghiul nazofrontal, vîrful nasului, dorsul nasului și șanțurile nazogeniene.

Anestezia. Cînd este cazul și starea generală permite, se poate face o anestezie de bază, cu aproximativ treizeci sau patruzeci de minute înainte de intervenție, cu morfină sau dilaudenscopolamină. Este bine, însă să nu se abuzeze de această anestezie de bază și să se facă apel la ea doar cînd este absolut necesar.

În cele mai multe cazuri anestezia locală creează condițiile corespunzătoare executării intervențiilor reductoare. Ea constă din cocainizarea foselor nazale, prin introducerea de meși de vată îmbibate cu soluție cocaină 5% sau cel mult 10%, care realizează o anestezie de suprafață prin imbibiție, și din infiltrația tegumentelor — în regiunea piramidei nazale — cu soluție de clorhidrat de procaină 1%.

Unii chirurgi recomandă anestezia generală de scurtă durată. Noi am folosit cu rezultate foarte bune numai anestezia locală.

Scanned with OKEN Scanner

Reducerea fracturii se realizează, în general, prin manevre combinate endonazale și externe. Manevrele externe se realizează, în cele mai multe cazuri, prin compresiuni digitale, pe cînd cele endonazale, cu ajutorul instrumentelor. Manevrele endonazale, combinate cu cele externe, pot fi executate cu instrumente anume concepute (pensele Martin, Dufourmentel, Joseph, Walsham sau Asche), asociate cu compresiuni digitate.

6.1.1.1. REDUCEREA FRACTURILOR UNILATERALE

Fracturile unilaterale pot fi reduse cu ajutorul unui instrument bont, introdus în unghiul format de sept și osul propriu nazal, căruia i se imprimă o mișcare dinăuntru în afară, reglînd și controlînd manevra cu indexul sau policele mîinii stîngi. În același scop mai este folosit și speculul Killian cu valve lungi, care se insinuează în unghiul format de sept și osul nazal și apoi — prin mișcări lente, sprijinind una din valve pe sept — se îndepărtează cealaltă, ce acționează asupra fragmentelor osoase înfundate, punîndu-le în poziție normală. Perceperea unui crac-ment, care poate să apară în timpul manevrelor de reducere a fracturii, este un semn sigur de o bună repoziție a fragmentelor osoase în poziția lor normală.

6.1.1.2. REDUCEREA FRACTURILOR BILATERALE CU LATERODEVIERE A PIRAMIDEI NAZALE

Fracturile bilaterale cu laterodeviere a piramidei nazale sînt reduse în doi timpi operatori. În primul se acționează pe partea înfundată a pe-

Fig. 71. Redresarea digitală a piramidei nazale fracturate și deviate (după Racoveanu)

Fig. 72. Redresarea piramidei nazale și septului fracturat cu pensa în „cioc de rață" (după Racoveanu)

Scanned with OKEN Scanner

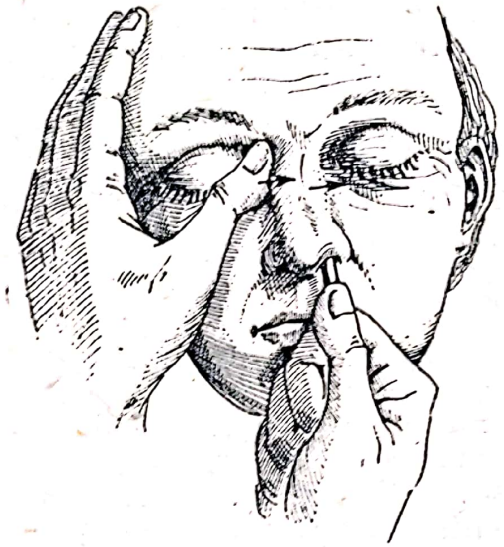


Fig. 73. Reducerea unei fracturi laterale prin manevre combinate endonazale, de partea concavă, cu un instrument bont și externe, de partea convexă, prin presiune cu policele mîinii stîngi (după Aubry)

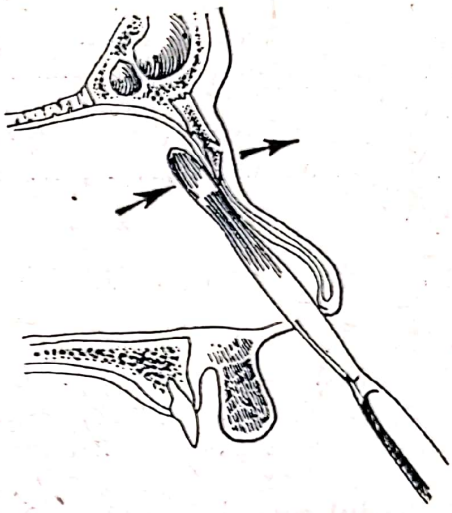


Fig. 74. Reducerea unei fracturi cu deplasare anteroposterioară (după Aubry)

retelui nazal, introducînd un specul Killian în unghiul format de osul propriu și septul nazal. Prin deplasarea valvei externe fragmentele osoase sînt împinse în afară și se repun în poziție normală, sub controlul și contrapresiunea policelui sau indexului mîinii stîngi. După ce fractura a fost redusă în partea înfundată, se trece la cea opusă, care este deplasată lateral și convex. Aici se intervine pe cale externă, prin manevre digitale, cu policele sau indexul flectat, pînă cînd piramida nazală își recapătă poziția normală. Dacă fragmentele septale fracturate nu se reduc corespunzător, repunerea acestora se face cu pensa Martin sau Walsham.

6.1.1.3. REDUCEREA FRACTURILOR CU DEPLASARE ANTEROPOSTERIOARĂ

În cazul înfundării călușului nazal se produce o dublă dislocare și deplasare. Apofizele ascendente ale maxilarului superior se dislocă, depărtîndu-se lateral. Reducerea fracturii se face, de asemenea, în doi timpi. În primul, prin introducerea în fosele nazale (în unghiul format de sept cu oasele proprii nazale) a pensei Claude Martin — folosind-o ca pe un levier — se ridică în bloc călușul nazal care a fost înfundat prin lovitură. În absența pensei Claude Martin se poate folosi orice instrument drept și bont. În timpul doi, pe care îl execută ajutorul, se apropie, prin manevre digitale, și se repun în poziția lor normală apofizele ascendente ale maxilarului superior, care — astfel așezate — se opun reînfundării călușului nazal cînd operatorul reduce — treptat — tracțiunea exercitată pentru a pune piramida în poziție normală.

Scanned with OKEN Scanner

La indivizii cu nasul strivit în urma unei lovituri se întîlnește fractura cominutivă, în care multiplele fragmente osoase sînt destul de greu de redus și de pus în poziția lor normală. Contenția întîmpină, de asemenea, mari dificultăți în aceste forme de fracturi.

6.1.1.4. REDUCEREA FRACTURILOR SEPTULUI NAZAL

După ce se face toaleta locală, evacuînd chiagurile, se controlează dacă nu cumva s-a format un hematom. În cazul că se constată prezența lui, el este incizat și evacuat. Se creează astfel posibilitatea — după cocainizarea foselor nazale — examinării în condiții bune a septului nazal. Folosind pensa Claude Martin, ale cărei brațe sînt introduse fiecare în cîte o fosă nazală, se prinde septul și, prin manevre de tracțiune, este corectată poziția fragmentelor osteocartilaginoase.

6.1.2. CONTENȚIA

Fisurile și fracturile fără deplasare osoasă necesită folosirea mijloacelor de contenție numai dacă se dorește protejarea piramidei nazale de lovituri provocate din neatenție sau neglijență. Imobilizarea este, însă obligatorie în fracturile unilaterale cu înfundare, bilaterale cu laterodevierea piramidei nazale și în cele cu deplasare anteroposterioară.

Obținerea unei bune imobilizări a fragmentelor osoase și menținerea piramidei nazale în poziție normală după rinoplastia reductoare sînt posibile doar prin crearea unei presiuni endonazale și a alteia externe, care să fie simultane, antagonice și egale.

Presiunea endonazală este realizată cu ajutorul unui tamponament bine presat cu meși îmbibate într-o soluție oleoasă și cu antibiotice. Tamponamentul trebuie să asigure o ușoară împingere spre exterior a fragmentelor osoase, pentru a putea fi contrapresate din exterior și așezate în poziție normală.

Contrapresiunea externă este realizată prin intermediul unui căluș în formă de gutieră, confecționat din tablă de aluminiu sau alamă, cu o grosime de aproximativ un milimetru, care se fixează cu benzi de leucoplast pe dorsul nasului. Marginile călușului trebuie ușor curbate în afară și îmbrăcate cu leucoplast, pentru protejarea tegumentelor piramidei. Pe tegumentele nasului se aplică două comprese, între care este pus un strat fin de vată. Compresele vor avea forma atelei ; marginile lor se lasă însă să fie mai mari cu circa doi sau trei milimetri. Se așază apoi călușul de tablă călare pe dorsul nasului și, apăsînd cu degetele părțile lui laterale, i se micșorează unghiul, astfel încît să exercite o contrapresiune externă asupra fragmentelor osoase, care au fost împinse în afară de tamponamentul efectuat anterior. Manevra de reglare a unghiului este necesar să se facă cu mare atenție. Contrapresiunea trebuie să fie suficientă contenției fragmentelor osoase, dar nu exagerată, deoarece poate provoca necroze ale tegumentelor.

Fixarea atelei începe prin lipirea unei benzi de leucoplast, care pornește de la baza columelei, urmează unghiul diedru (în lungime) al

Scanned with OKEN Scanner

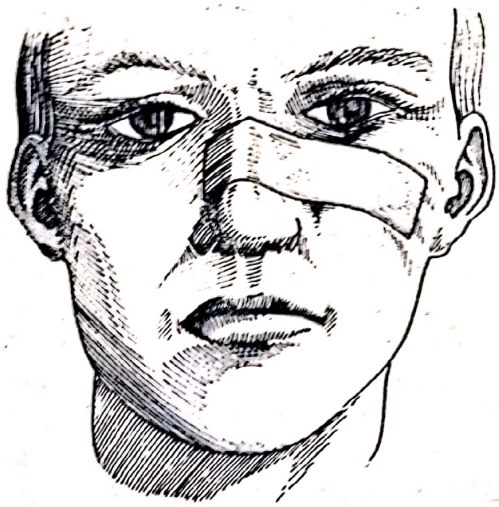


Fig. 75. Fractura piramidei nazale cu deplasare laterală, redusă și imobilizată printr-o bandă de sparadrap în ușoară hipercorecție (după Aubry)

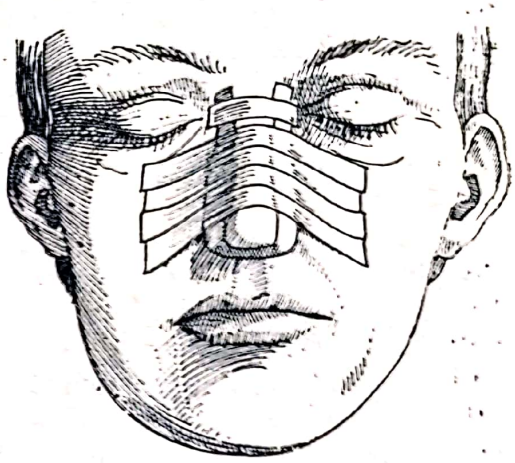


Fig. 76. Contenția prin atelă (după Aubry). Aplicarea benzilor de sparadrap.

atelei și este prinsă — după ce se ridică ușor vîrful nasului și se încruntă fruntea — pe regiunea mediană a frunții, pînă aproape de zona capilară. La nivelul subcloazonului se decupează în leucoplast două pătrățele, care să lase libere fosele nazale. Apoi sînt fixate lateral cîteva benzi de leucoplast lungi de aproximativ treizeci de centimetri, care ajung pînă înapoia unghiului mandibulei. Înainte însă ca benzile să fie lipite trebuie împinse tegumentele dinapoi înainte astfel încît prin revenirea lor la poziția normală să se exercite asupra călușului o tracțiune de intensîtate egală în ambele părți. După ce se verifică dacă benzile transversale au fost corect lipite și mențin călușul pe linia mediană, trecem o bandă de leucoplast în formă de ansă pe sub vîrful nasului, o fixăm pe laturile atelei și le lipim, aproape suprapuse, la nivelul șanțului nazo-frontal și al frunții, ridicînd ușor vîrful nasului. Aplicăm apoi transversal două benzi de leucoplast, de aproximativ cinci centimetri, pe frunte, pentru a fixa mai bine capetele celorlalte benzi lipite la acest nivel. La nivelul călușului, și tot transversal, se mai pun două benzi de leucoplast, lungi de cinci centimetri, care să lipească benzile transversale și pe cea în ansă. Se creează în acest fel un gen de contenție ușor de realizat, fără aparatură complicată și lesne de suportat de către bolnav. Racoveanu a mai adăugat la marginea inferioară a atelei un fragment de tablă așezat în unghi drept spre buza superioară, în scopul ridicării și menținerii în poziție normală a vîrfului nasului. Unii chirurgi imobilizează piramida nazală cu ajutorul atelelor confecționate din stensul folosit în stomatologie, consolidat cu atele metalice. Aubry realizează contenția în funcție de genul fracturii. El nu consideră necesară imobilizarea în fisuri și în fracturile fără deplasare. Chiar în fracturile cu deplasare, care nu manifestă însă tendință de redislocare, indică să se aplice fie o simplă bandă de sparadrap în hipercorecție ușoară, fie o atelă protectoare, care să se fixeze cu benzi de sparadrap. Înainte de a pune atela protectoare pe întreaga suprafață a piramidei este necesar să fie așezate transversal șase sau șapte benzi de sparadrap care să ajungă de ambele părți la ni-

Scanned with OKEN Scanner

velul șanțului nazogenian. După aceea se face o ansă, care este angajată sub columelă ; ridicînd ușor vîrful nasului, benzile laterale ale ansei sînt fixate pe cei doi versanți ai piramidei nazale, pînă în regiunea intersprîncenoasă, unde este aplicată o bandă transversală adezivă, care să unească extremitățile superioare ale benzilor laterale ale ansei. Succesiunea benzilor de sparadrap poate fi inversată, adică se pune în primul rînd ansa ce susține vîrful nasului și după aceea benzile transversale. Pentru protejarea tegumentelor se confecționează una sau două comprese — de forma piramidei nazale —, care se aplică peste benzile de sparadrap înainte de fixarea atelei. Laturile atelei nu trebuie strînse prea tare, deoarece presiunea puternică asupra tegumentelor produce necroze.

În cazul în care piramida fracturată și redresată manifestă tendință de reînfundare se recomandă folosirea unuia din următoarele procedee :

— Utilizarea aparatului imaginat de Aubry împreună cu Palfer-Sollier, care permite — prin introducerea sa în fosele nazale, avînd ca punct de sprijin buza superioară — reglarea presiunii exercitate asupra pereților piramidei fracturate atît cît este necesar pentru contracararea presiunii produse din exterior de atela metalică.

— Aplicarea procedeului lui James-Barret-Brown, ce constă în fixarea pe fețele laterale ale piramidei nazale a două plăci de plumb sau de teflon, cu ajutorul unui fir de nailon ; între plăci și tegumente este bine să se interpună cîte o compresă dublă.

Evoluția postoperatorie. După intervenție apare un edem însoțit de echimoze, ce se întinde îndeosebi în regiunea palpebrală și a obrajilor. Peste 3—4 zile, timp în care edemul și echimozele ajung la paroxism,

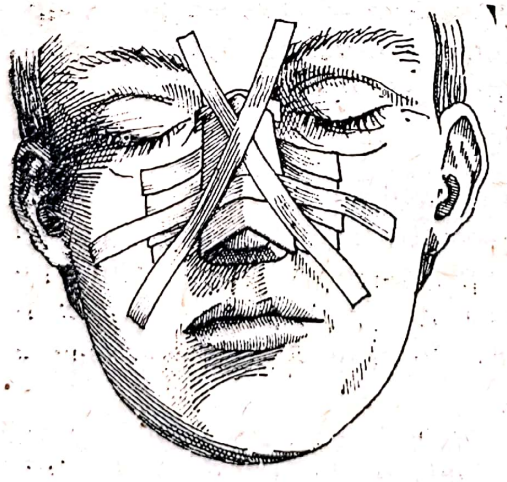


Fig. 77. Contenția prin atelă (după Aubry). Aplicarea benzilor de sparadrap peste atela metalică.

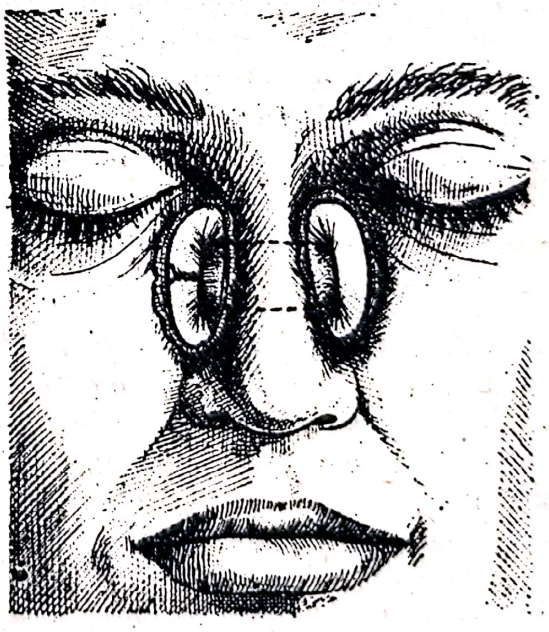


Fig. 78. Procedeul lui James Barret-Brown. Un fir în *U* cu ajutorul a două plăcuțe de plumb sau material plastic apropie pereții laterali ai nasului (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

îngrijind bolnavul, începe rezorbția, ce se realizează treptat în decurs de aproximativ zece zile. La îndepărtarea atelei piramida nazală arată bine, normal proporționată, dar după puțin timp se instalează tumefacția tegumentelor, care durează aproximativ două săptămîni. În această perioadă bolnavul este îngrijorat și nemulțumit de rezultatul intervenției. De aceea este indicat ca înainte de ridicarea atelei operatul să fie prevenit, explicîndu-i-se că tumefacția tegumentelor este o reacție normală, care dispare în decurs de două săptămîni, iar rezultatul postoperator imediat nu este cel definitiv, forma definitivă a nasului realizîndu-se după cîteva luni.

În urma intervenției bolnavii pot acuza hiposensibilitatea tegumentelor piramidei nazale, modificări ale aspectului și culorii lor, fenomene parestezice și subfebrilitate.

Tratamentul general postoperator. În cazul că s-ar bănui posibilitatea unei infecții tetanice în urma unei căzături anterioare intervenției chirurgicale cu fracturarea piramidei și lezarea tegumentelor se administrează ser antitetanic după regulile obișnuite. Tratamentul cu antibiotice este obligatoriu în toată perioada cît bolnavul prezintă febră și cîteva zile după aceea, pînă se face detamponarea completă. În primele zile de la operație se dă medicație antalgică. Mai pot fi administrate antihistaminice de sinteză (Feniramin sau Tavegyl) și Prednison, care au influență în grăbirea rezorbției edemelor.

Tratamentul local postoperator. Tamponamentele endonazale se extrag în ordinea inversă introducerii lor și în mod treptat. Astfel, la două zile de la intervenție se detamponează de ambele părți meatul inferior la patru zile, meatele mijlocii și numai după o săptămînă se scot mesele introduse în unghiurile formate de sept și oasele proprii nazale. Atela se menține timp de 10—12 zile. Local, pentru grăbirea rezorbției edemului și dispariției echimozelor, se folosește unguentul Lasonil. Este de asemenea indicată expunerea la soare a regiunii pe care s-a intervenit.

Intervenția unui consmetician este uneori utilă în îngrijirea tegumentelor piramidei nazale după o perioadă de timp de la săvîrșirea actului operator.

Complicații postoperatorii. Edemele și echimozele care apar după intervenție și aplicarea atelei nu pot fi socotite complicații, ci mai de grabă ca făcînd parte din evoluția postoperatorie obișnuită. Cînd nu cedează în perioada de timp normală, rezorbția și dispariția lor pot fi grăbite prin tratamentul cu antihistaminice de sinteză, corticoterapie și local aplicații de unguent Lasonil.

Nici roșeața tegumentelor piramidei nazale care apare timp de cîteva luni după operație, mai ales la schimbări de temperatură, nu trebuie să îngrijoreze bolnavul. Helioterapia are un efect binefăcător în dispariția acestui fenomen.

Complicații în adevăratul sens al cuvîntului pot fi considerate otitele și sinuzitele, care apar în urma tamponamentelor prelungite și a

Scanned with OKEN Scanner

unei protecții necorespunzătoare cu antibiotice. După detamponare și aplicarea antibioterapiei aceste afecțiuni dispar.

Ca urmare a exercitării unei presiuni exterioare prea puternice asupra piramidei de către atelă sau marginile ei este posibilă necroza tegumentelor, care lasă cicatrice inestetice într-o regiune expusă privirilor și incomodează mult îndeosebi bolnavii de sex feminin. De aceea se recomandă ca marginile laterale ale atelei să fie ușor curbate în afară și căptușite cu leucoplast, în așa fel încît ele să nu afecteze tegumentele.

Complicația cea mai redutabilă este însă nerealizarea reducerii corecte a piramidei fracturate, datorită redresării incomplete inițial a fracturii, ca urmare a manevrelor greșit executate, a nedozării egale a presiunii endonazale exercitate prin tamponament și contrapresiunii externe realizate de atelă, sau a contenției vicioase, care nu a permis consolidarea fracturii în poziție normală.

Rezultatul postoperator. Dacă s-a intervenit curînd după traumatism, înainte de a se instala edemul, se obține rezultate — atît estetice cît și funcționale — bune sau chiar foarte bune. Cînd medicul este solicitat după instalarea edemului reperele se maschează, iar reducerea fracturii este dificilă. Ca atare, rezultatele sînt incerte și mai puțin promițătoare. Acesta este motivul care determină pe unii chirurgi să aștepte resorbția edemului și a echimozelor și numai după aceea să intervină. Există însă pericolul ca resorbția edemului să întîrzie și să se producă un calus vicios, care să deformeze piramida nazală și să necesite o intervenție corectoare, după o așteptare de aproximativ șase luni.

6.2. RINOPLASTIA CORECTOARE (ESTETICĂ) A PIRAMIDEI NAZALE

Tratamentul chirurgical al displaziilor nazale, adică al acelor deformații ale piramidei nazale la care tegumentele sînt intacte, viciile constînd din malformații congenitale sau dobîndite, se conturează astăzi și se afirmă din ce în ce mai mult ca o ramură importantă a chirurgiei plastice.

Tehnicile chirurgicale ce au scopul să corecteze displaziile nazale sînt foarte diverse. Ele sînt în funcție de deformația care trebuie rezolvată și de preferința chirurgului de a executa o intervenție sau alta. Este greu de afirmat ce intervenție este de preferat, fiecare avînd avantajele și dezavantajele ei. Este bine ca fiecare chirurg să execute actul operator cu care este obișnuit.

Literatura de specialitate clasifică tehnicile chirurgiei piramidei nazale pentru corecția: hiperplaziilor, hipoplaziilor, malpozițiilor sau laterodeviațiilor, displaziilor blocului mobil, precum și a septului nazal.

Scanned with OKEN Scanner

6.2.1. TEHNICILE PENTRU CORECTAREA HIPERPLAZIEI PIRAMIDEI NAZALE

Indiferent de tehnica folosită, în corecția hiperplaziei piramidei nazale trebuie să se urmărească : rezecția cocoașei (bosei) nasului, pentru a realiza reducerea înălțimii lui ; scurtarea piramidei nazale ; ridicarea lobulului nasului, în funcție de fizionomia bolnavului și de sex, precum și îngustarea piramidei nazale, prin apropierea oaselor proprii restante și a apofizelor ascendente ale maxilarului superior, după rezecția bosei.

Pregătirea preoperatorie. În seara dinaintea operației se administrează bolnavului o premedicație cu efect sedativ, analgezic și vagolitic. De asemenea, se tund perii din vestibulele nazale cu o forfecuță curbă, avînd grijă să se șteargă bine cu alcool vestibulul nazal atît înainte, cît și după tunderea părului. În dimineața intervenției, cu aproximativ o oră mai devreme, se spală bine fața cu apă și săpun, căutînd ca la nivelul piramidei nazale să se insiste mai mult asupra porilor care prezintă depozite sebacee.

Cu treizeci de minute înaintea operației se face anestezia de bază. Pentru aceasta este injectat intramuscular mialgin, asociat cu meprobamat ca psiholeptic. Pentru a reduce cît mai mult sîngerarea se pot folosi Venostatul, Tachostiptan, Aandrenostazin sau vitamina K.

Instrumentarul : bisturiu cu lamă fină (de pleoape) ; bisturiu cu lamă mai lungă, dar nu prea lată ; foarfece mici curbe și drepte ; foarfece mari curbe și drepte ; foarfece pentru tăiat table de atelă ; pensă ciupitoare de os curbă lateral, cu brațele tăietoare mai lungi ; pensă cu brațe late în „cioc de rață", tip Dufourmentel, cu brațele mai lungi ; raspel pentru netezirea secțiunii oaselor proprii nazale ; specule nazale obișnuite ; specule autostatice Palmer ; decolator pentru sept ; pense hemostatice Pean cu brațe lungi ; pense în baionetă ; pensă cudată pentru nas ; pense anatomice cu și fără dinți ; depărtătoare cu gheruțe fine ; portac ; ace curbe ; catgut ; mătase sau ață pentru suturi ; seringi de diferite mărimi ; ace de seringi diferite ; comprese ; cîmpuri cu și fără gaură ; raci pentru cîmpuri.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat cu fața în sus, avînd sub ceafă o pernă cu nisip.

Poziția chirurgilor : operatorul se plasează în dreapta bolnavului, iar ajutorul în partea opusă. Sora care instrumentează stă la capul bolnavului.

Cîmpul operator. Se șterge cu alcool fața bolnavului, insistîndu-se asupra piramidei nazale și a regiunilor învecinate. În final se curăță bine, tot cu alcool, vestibulele nazale. Apoi este aplicat un cearceaf steril, care acoperă tot corpul, pînă sub bărbie ; pe sub cap se trece un cîmp ce este prins la nivelul frunții cu un rac, astfel încît să izoleze toată regiunea capilară. În continuare se acoperă fața cu un cîmp cu gaură, care lasă liberă numai regiunea piramidei nazale.

Scanned with OKEN Scanner

Punctele de reper : șanțul fronto-nazal, dorsul nasului, lobulul nasului, subcloazonul și șanțurile nazogeniene.

Anestezia : locală, asociată cu cea tronculară. Anestezicul se folosește în cantitate mică, deoarece dozele mari modifică reperele anatomice, incomodînd chirurgul în aprecierea exactă a cît trebuie să rezece din bosa piramidei nazale.

Anestezia începe de la pielea subcloazonului, care se infiltrează cu clorhidrat de procaină 1% adrenalinată. Apoi, infiltrația este împinsă — prin vestibul și lobul — sub tegumente, în lungul dorsului, pînă la unghiul nazofrontal. În continuare, înțepîndu-se prin vestibul, sînt anesteziate regiunea marginii inferioare, cele două laturi ale piramidei, ramura nazală externă a nervului etmoidal anterior, peretele lateral al vestibulului, regiunea unghiului diedru format de apofizele ascendente ale maxilarului superior și planul feței, precum și regiunea emergenței nervului suborbitar. Pentru a anestezia partea laterală a rădăcinii nasului și unghiul intern al orbitei, regiunea inervată de nervul infratrohlear se palpează cu indexul trohleea și se infiltrează — deasupra și dedesubtul ei — 1-2 centimetri cubi anestezic.

În afară de anestezia combinată locală și tronculară se mai folosește și anestezia de suprafață, prin aplicarea supraetajată a unor meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 5 sau 10%. Se începe de la meatul inferior și se termină cu meșile introduse în unghiul diedru format de sept și oasele proprii nazale. Nu am utilizat niciodată anestezia generală.

Incizia : transfixiantă, combinată cu cea intercartilaginoasă, care este limitată posterior, pentru a nu favoriza cicatrice stenozante ale orificiului intern narinar.

Incizia se execută cu un bisturiu cu lamă fină, cum sînt cele folosite în oftalmologie la pleoape. Incizarea începe din partea posterioară, de la nivelul spinei nazale anterioare, transfixiant, urmînd — prin mișcări de ferestruire — marginea inferioară a cartilajului patrulater. Ajunși cu incizia transfixiantă în partea anterioară a acesteia, răsfrîngem incizia în sus și în afară, avînd acum ca ghid marginea inferioară a cartilajului triunghiular.

Decolarea. Autorii lucrării de față o execută cu bisturiul, introdus la nivelul zonei inciziei intercartilaginoase, deoarece traumatizează mai puțin periostul. Este efectuată sub control extern al policelui și indexul mîinii stîngi. La început se decolează regiunea dorsului nasului, pînă la unghiul nazofrontal, pe care îl degajăm bine, limitînd lateral mișcările lamei bisturiului cu policele și indexul mîinii stîngi. După aceea se continuă pe cei doi versanți ai piramidei nazale. Aubry recomandă limitarea decolării în această regiune. Noi prelungim degajarea pînă aproape de unghiul diedru pe care-l fac apofizele ascendente ale maxilarului superior cu planurile feței, deoarece este necesar să se creeze locul pe unde va fi insinuat brațul extern al pensei cu care vor fi fracturate apofizele ascendente și oasele proprii nazale restante.

Scanned with OKEN Scanner

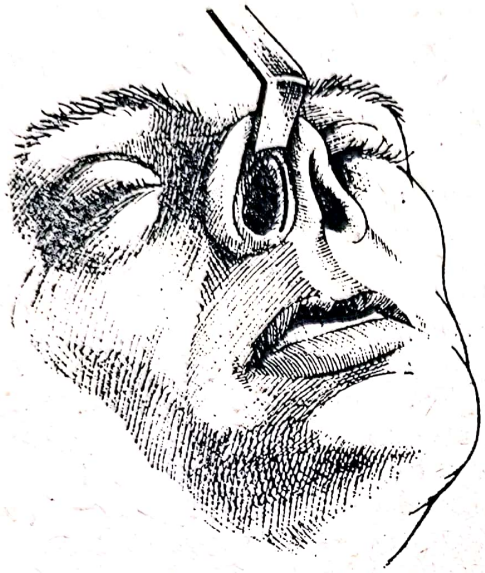


Fig. 79. Incizia intercartilaginoasă-transfixiantă (după Aubry)

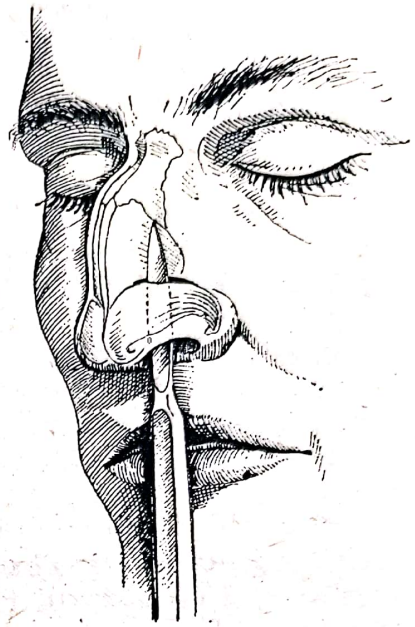


Fig. 80. Decolarea cu bisturiul. Bisturiul este introdus prin incizia intercartilaginoasă (după Denecke)

Rezecția bosei nasului. După ce s-a stabilit — prin măsurători și tipare — cît trebuie rezectat din excesul piramidei nazale se trasează pe tegumente, cu cerneală chirurgicală (sau cu un stilet cu vată efilată îmbibată cu albastru de metilen), limita sub care nu trebuie să intervenim.

Excesul osos sau osteocartilaginos al piramidei nazale este rezectat de autori cu o pensă ciupitoare de os curbă lateral, ale cărei brațe mușcătoare sînt suficient de lungi să abordeze printr-o singură manevră orice bosă, indiferent de lungimea și înălțimea ei. Brațele mușcătoare ale pensei, strînse, se introduc prin incizia combinată intercartilaginoasă și transfixiantă și sînt împinse de-a lungul dorsului nasului. Cînd vîrful pensei ajunge în dreptul unghiului nazofrontal sau în porțiunea superioară a bosei desfacem brațele mușcătoare și, sub control digital extern, executat prin policele și indexul mîinii stîngi, le angajăm — de o parte și de alta — pînă la nivelul la care apreciem că este necesar să executăm rezecția. În momentul în care chirurgul este sigur că aprecierea asupra întinderii exciziei este corectă strînge brațele pensei, ce mușcă în bloc toată bosa osteocartilaginoasă, pe care o extrage odată cu pensa. În cazul că întîmpină dificultate în scoaterea piesei rezectate introduce o forfecuță curbă, cu care taie franjul ce reține bosa retezată.

Cînd se operează un nas lat la nivelul rădăcinii, deși bosa a fost retezată corect, rămîn — de o parte și de alta a septului nazal, în vecinătatea suturii nazofrontale — două mici triunghiuri care trebuie eliminate, pentru a putea apropia părțile laterale restante ale piramidei nazale. Se desprind aceste fragmente osoase cu ajutorul unei pense ciupitoare de os cu brațele mușcătoare foarte fine.

Scanned with OKEN Scanner

Netezirea secțiunilor osoase. Secțiunile osoase se nivelează cu ajutorul unei pile speciale, care poate fi de diferite tipuri (purtînd numele autorilor ce le-au imaginat) : pila Maltz, Takahashi etc. Pentru unghiul nazofrontal este preferată pila lui Aubry și Palfer-Solier, care — fiind convexă — se adaptează mai bine regiunii respective. Secțiunile osoase se pilesc de sus în jos, astfel încît reziduurile să fie antrenate și eliminate, pentru a nu influența negativ formarea calusului.

Reducerea înălțimii cartilajelor triunghiulare. Cartilajul triunghiular se prinde cu o pensă Pean cu brațele lungi și înguste de la nivelul îmbinării lui cu cartilajul patrulater, foarte aproape de îmbinare și în lungul ei. Cu o foarfecă mare dreaptă se incizează cartilajul triunghiular între pensă și unirea acestuia de cartilajul patrulater, detașîndu-l. Desfacem pensa și o fixăm pe cartilajul triunghiular, în continuarea și înăuntrul liniei ce ar continua secțiunea bosei, dîndu-i înclinarea în raport cu linia pe care vrem să o imprimăm nasului corectat. Cu foarfeca mare dreaptă, de-a lungul marginii externe a pensei Péan, rezectăm din cartilajul triunghiular porțiunea pe care o apreciem că este în exces. În partea opusă se execută aceleași operații.

Reducerea înălțimii cartilajului patrulater. Se prinde cartilajul cu o pensă Péan cu brațele lungi și înguste în așa fel, încît marginea ei inferioară să fie în prelungirea laturii superioare a septului osos rămas

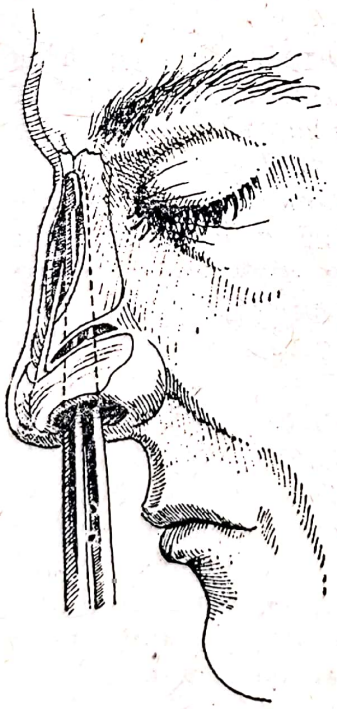


Fig. 81. Rezecția cu pensa a fragmentelor osoase superioare. Aceste fragmente osoase împiedică apropierea pereților laterali restanți ai piramidei căreia i s-a rezecat bosa (după Aubry)

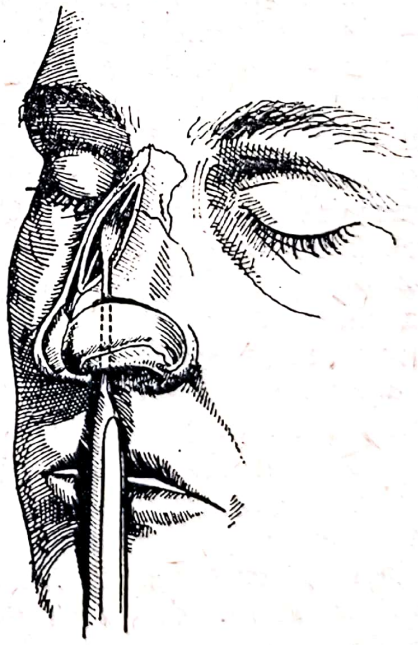


Fig. 82. Netezirea secțiunilor osoase (după Denecke)

Scanned with OKEN Scanner

după rezecția în bloc a bosei și se înclină în funcție de linia pe care vrem s-o imprimăm nasului corectat. Chirurgul trebuie să aibă mare grijă ca marginea inferioară a pensei, ce prinde cartilajul patrulater, să continue exact linia septului restant; altfel viitorul dors al nasului va prezenta o denivelare disgrațioasă. Cu un bisturiu cu lama fină și ușor curbată sau chiar și cu unul cu lama dreaptă se excizează cartilajul, urmînd marginea inferioară a pensei Péan. În timpul exciziei este obligatoriu să se păstreze permanent contactul bisturiului cu pensa, pentru ca linia de excizie să nu prezinte denivelări. Se execută această excizie imprimînd bisturiului mișcări de ferăstrău, dinapoi-înainte, și folosind marginea inferioară a pensei Péan drept riglă călăuzitoare.

Apropierea părților laterale restante ale piramidei nazale permite intrarea în contact cu marginea anterioară a septului și reconstituirea dorsului nasului în forma nouă, pe care a conceput-o chirurgul. Apropierea se efectuează prin fracturarea unică sau multiplă, după caz, a apofizelor ascendente ale maxilarului superior și a oaselor proprii restante, cu o pensă cu brațe plate în *cioc de rață*. Pensa poate fi modificată lungindu-i brațele plate, pentru a putea fractura pereții laterali la orice piramidă nazală, oricît de mare ar fi. Apropierea este completată și controlată prin presiune digitală executată cu policele și indexul mîinii drepte. După aceea se face un control în toată zona în care s-a intervenit, în scopul eliminării fragmentelor osoase, resturilor de pilitură și a cheagurilor.

Scurtarea piramidei nazale. În cazul că se urmărește scurtarea simplă a piramidei nazale, se prinde cu pensa Péan cu brațele lungi și subțiri — plasată paralel cu marginea inferioară a septului — o fișie de cartilaj patrulater din partea lui inferioară și se excizează cu ajutorul bisturiului. Lățimea fîșiei de cartilaj ce se elimină depinde de dimensiunea piramidei nazale pe care intenționăm să o obținem prin intervenția chirurgicală. Cînd trebuie să se ridice vîrful nasului se rezecă din cartilajul patrulater un triunghi cu baza anterioară. În acest caz pensa Péan este fixată pe cartilajul patrulater în unghi față de marginea sa anterioară. Deschiderea unghiului este în raport cu cît se impune ridicarea vîrfului nasului. În situațiile că se urmărește scurtarea piramidei și, în același timp, ridicarea vîrfului, se rezecă din cartilajul patrulater o porțiune în formă de trapez, cu latura mare situată anterior.

Pentru obținerea unei scurtări a piramidei nazale trebuie reduse atît cartilajul patrulater, cît și cele triunghiulare. În cazurile cînd nasul este prea lung scurtarea cartilajului patrulater și rezecția porțiunii inferioare a cartilajelor triunghiulare sînt însoțite de excizia unei porțiuni în formă de crosă de hochei din partea superioară a cartilajelor alare.

Suturile. Se pun două, rareori trei, puncte de sutură la nivelul inciziei transfixiante, folosind ace în tălpic de sanie și mătase de grosime corespunzătoare. Cînd este scurtat septul sau ridicat vîrful nasului sutura se execută trecînd acul prin sept și apoi prin columelă. În cazul în care se intenționează ridicarea vîrfului nasului acul trasfixează colu-

Scanned with OKEN Scanner

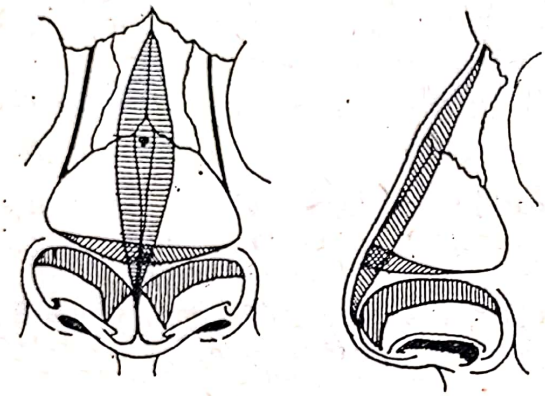


Fig. 83. Obiectivele corecției în hiperplaziile nazale (după Dufourmentel). Părțile haşurate urmează să fie rezecate

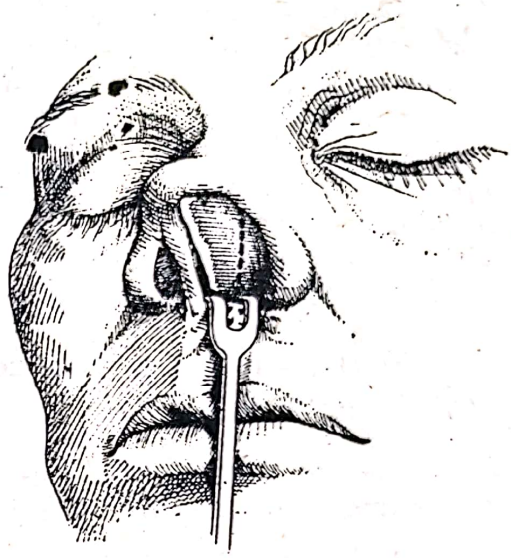


Fig. 84. Scurtarea cartilajului patrulater (după Aubry)

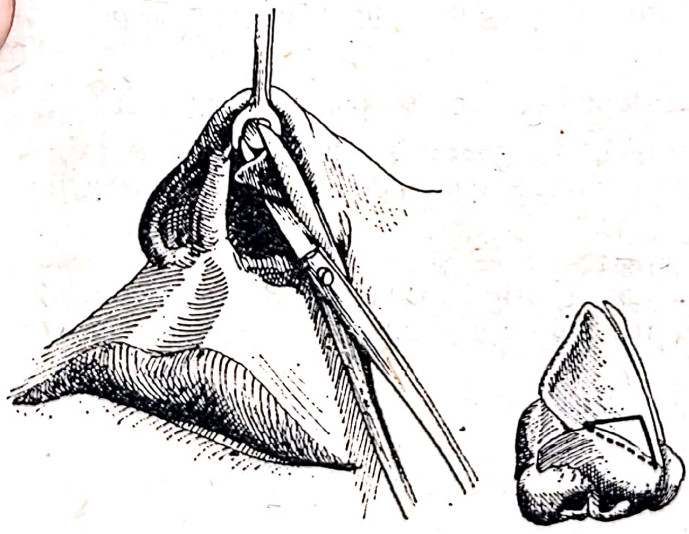


Fig. 85. Rezecția extremității inferioare a cartilajelor triunghiulare (după Aubry)

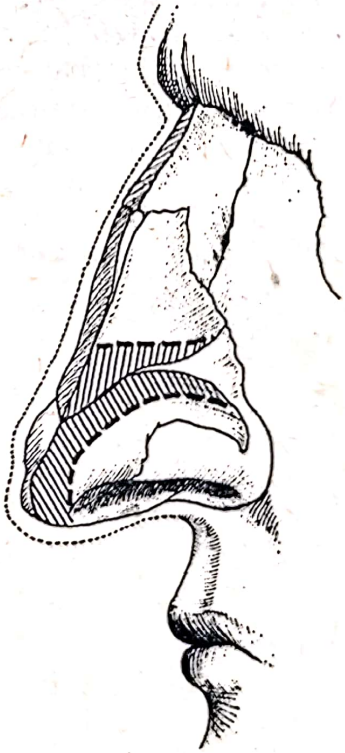


Fig. 86. Nas prea lung (după Aubry). Scurtarea cartilajului patrulater se asociază cu rezecția porțiunii inferioare a cartilajelor triunghiulare și rezecția în crosă de hochei a părții superioare a cartilajelor alare.

Scanned with OKEN Scanner

mela la un nivel posterior celui de penetrație a septului. În felul acesta columela va aluneca anterior în momentul strîngerii firelor și confecționării nodurilor. Dacă nu este necesară scurtarea nasului tegumentele columelei se prind, bilateral, la mucoasa septală, prin două puncte de sutură cu ace curbe fine. Autorii lucrării de față mai obișnuiesc să pună un punct de sutură cu mătase fină, executat cu ace curbe fine, și la nivelul inciziei intercartilaginoase, pentru a afronta cele două margini ale inciziei în condiții bune, nelăsîndu-se să se prindă la întîmplare, ceea ce ar da denivelări inestetice.

Pansamentul. Se introduce în vestibulele nazale cîte o compresă mică împăturită triunghiular, pe care se aplică pomadă cu tetraciclină și prin cutele căreia se presară și pulbere de penicilină sau alt antibiotic. Facem în așa fel încît compresa să ajungă și la incizia intercartilaginoasă. După două sau maximum trei zile aceste comprese se scot.

Contenția. Dacă nu s-a intervenit concomitent pe septul nazal nu se execută un tamponament endonazal, ci numai contenție externă, realizată cu o atelă metalică confecționată în funcție de mărimea nasului și menținută în poziția corectă cu ajutorul benzilor de leucoplast.

Contenția externă este menținută aproape două săptămîni, timp în care supraveghem zilnic dacă se păstrează călușul metalic în poziție inițială, nu s-au desfăcut benzile sau bolnavul n-a umblat din curiozitate, scoțîndu-și atela înainte de vreme, sub pretextul că s-au desfăcut benzile.

În obținerea unei contenții corecte un rol deosebit de important îl are dozarea optimă a presiunii externe realizate prin aplicarea atelei metalice. Fețele laterale ale atelei nu trebuie să fie nici prea largi, nerealizînd astfel apropierea dorită a celor doi versanți ai piramidei, dar nici prea strînse, riscînd fie să înfunde fragmentele osoase, fie să producă necroze tegumentare.

Incidente și accidente intraoperatorii ce se pot produce sînt :

— hemoragia prea puternică. Ea poate fi evitată dacă se face o bună pregătire preoperatorie și prin adăugarea de soluție de adrenalină 1‰ la soluția anestezică ;

— fracturarea apofizelor ascendente și a oaselor proprii nazale restante să se facă greoi din cauza grosimii osoase neobișnuite întîlnite în anumite cazuri. Cu insistență se obține pînă la urmă fracturarea dorită ;

— rezecția bosei în exces, ceea ce are ca urmare obținerea unui nas în șa ;

— rezecția insuficientă a bosei, necesitînd completarea ei ulterioară ;

— rămînerea în plagă a unor fragmente osoase sau cartilaginoase, care dau denivelări fie la nivelul dorsului nasului, fie pe versanții laterali ai piramidei nazale. Printr-o atentă toaletă și un control riguros după terminarea intervenției se pot elimina toate fragmentele osteocartilaginoase și praful osos ce rezultă după răzuirea marginilor osoase restante ;

Scanned with OKEN Scanner

— imposibilitatea realizării unei apropieri suficiente a celor doi versanți, din cauza rădăcinii prea late a piramidei nazale. Această dificultate se elimină prin excizie cu o pensă ciupitoare, cu brațele mușcătoare fine și ascuțite, care îndepărtează fragmentele osoase ce rămîn în vecinătatea suturii nazofrontale după ridicarea bosei.

Evoluția postoperatorie. După intervenție începe să se instalaze un edem, asociat cu echimoze, care apare mai evident în regiunea palpebrală, ajungînd în unele cazuri ca fanta palpebrală să dispară aproape complet. Edemul și echimozele se întind și în regiunile învecinate, crescînd în intensitate.

Intensitatea edemului depinde de o serie de factori care țin de reactivitatea organismului bolnavului, dar și de traumatismul operator, modul și întinderea decolării, a infiltrației anestezice, de sîngerarea mai mult sau mai puțin abundentă din timpul operației, precum și de acțiunea pe care o exercită benzile de leucoplast asupra feței. După patru zile de la intervenția chirurgicală edemul și echimozele încep să se retragă și dispar aproape complet în momentul în care se scoate atela. Benzile de leucoplast ce fixează atela pe piramida nazală trebuie dezlipite cu mișcări rapide, pentru ca bolnavul să nu aibă dureri mari. La scurt timp de la îndepărtarea atelei — după ce fața, împreună cu piramida nazală au fost șterse bine cu benzină, care îndepărtează urmele lăsate de leucoplast — se constată că tegumentele se roșesc și se tumefiază. Deoarece este un moment psihologic critic, bolnavii vor fi preveniți de această evoluție, ce nu durează mult. Echimozele încep să se retragă treptat, iar tumefacția dispare complet în decurs de două săptămîni.

Încă înainte de operație este necesar ca medicul chirurg să atenționeze bolnavul și de faptul că rezultatul real al intervenției se poate constata abia la cîteva luni de la intervenție, după ce periostul își recapătă aspectul normal, iar tegumentele își redobîndesc mobilitatea pe planurile profunde scheletale și dispar senzațiile hipoestezice ce se pot ivi după scoaterea atelei. Tegumentele presate de atelă se descuamează în următoarele zile, modificînd aspectul general în bine al piramidei nazale. O perioadă de cîteva luni ele vor continua să se roșească la schimbări bruște de temperatură, din cauza fenomenelor vazomotorii.

Ca stare generală, bolnavul se simte relativ bine după intervenție, eventualele dureri locale de slabă intensitate sînt lipsite de importanță. În prima sau a doua zi poate avea o subfebrilitate, care nu trebuie să îngrijoreze, fiind vorba de febra de resorbție.

Îngrijiri postoperatorii. Tratamentul general. O perioadă de cîteva zile trebuie administrate antibiotice, mai ales dacă operatul febricitează peste perioada cînd se apreciază că este în cauză febra de rezorbție. Pentru grăbirea rezorbției edemului se mai pot folosi corticoterapia (pe o perioadă limitată) și antihistaminicile de sinteză. Dacă operatul are dureri locale, i se dă o medicație antalgică, care are o acțiune imediată și îl liniștește.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul local. Atela se îndepărtează după zece sau douăsprezece zile de la intervenție. După scoaterea pansamentului vestibular, fosele nazale trebuie cocainizate zilnic, pentru a îndepărta pericolul formării eventualelor sinechii. La grăbirea rezorbției edemului, în afară de medicația generală cu antihistaminice de sinteză și corticoterapie, este foarte util unguentul Lasonil. În timp, helioterapia și intervenția unui cosmetician pot fi de un real folos refacerii piramidei nazale operate.

Complicațiile postoperatorii. Așa cum s-a arătat și la rinoplastia reductoare, edemele, echimozele și roșirea pielii la schimbările bruște de temperatură nu le apreciem complicații. Ele trebuie încadrate în evoluția normală postoperatorie.

Necroza tegumentelor datorită compresiunii externe pronunțate, prin strîngerea exagerată a suprafețelor laterale ale atelei, constituie o complicație, avînd drept consecințe cicatrice inestetice, care incomodează mult pe bolnavi. Dar complicațiile cele mai neplăcute sînt acelea pe care le observăm cînd scoatem atela și constatăm că am rezecat prea mult din bosă și am realizat o piramidă hipoplazică, nu am rezecat suficient de mult și nasul a rămas hiperplazic, nu am făcut o apropiere îndeajuns de bună a versanților obținînd un nas lat sau din cauza unei excizii incorecte a bosei ori a cartilajului patrulater dorsul nasului prezintă denivelări inestetice. Toate aceste complicații pot fi evitate dacă le cunoaștem cauzele și executăm corect timpii operatori.

Rezultatul postoperator. Cînd intervenția chirurgicală a fost efectuată bine, s-a stabilit din timp — prin măsurători și fotografii — cît trebuie să se rezece din bosă și nu s-a neglijat să se excizeze și fragmentele osoase ce se găsesc sub sutura nazofrontală și împiedică apropierea suficientă a versanților laterali ai piramidei nazale, rezultatele sînt cele așteptate de bolnav și de chirurg. Nu trebuie să omitem timpii operatori legați de scurtarea piramidei nazale și de eventuala ridicare a vîrfului nasului, elemente de mare importanță în obținerea unui rezultat bun. Cu trecerea timpului, periostul și tegumentele, recăpătîndu-și aspectul normal, rezultatele bune și foarte bune devin mai evidente.

6.2.1.1. TEHNICA DESCRISĂ DE FIRICĂ

Indicații: în hiperplaziile nazale, urmărindu-se rezecția excesului de înălțime al piramidei, îngustarea și scurtarea acesteia, iar cînd este cazul, ridicarea lobulului nazal.

Incizia: intercutaneomucoasă, pe marginea inferioară a cartilajului patrulater, întinzînd-o posterior pînă la spina nazală anterioară. Aceeași incizie se face și de partea opusă, apoi se unesc prin excizarea țesutului lax ce desparte cele două incizii. Anterior, incizia — ajungînd la marginea inferioară a cartilajului triunghiular — este îndreptată lateral, urmînd marginea inferioară a cartilajului triunghiular, pînă la nivelul la care se va ajunge cu rezecția excesului osteocartilaginos al piramidei. Trebuie evitat ca incizia să fie împinsă prea posterior, pentru a nu produce cicatrice care să îngusteze orificiul narinar intern. Aceeași incizie se face și de partea opusă.

Scanned with OKEN Scanner

Decolarea. Se decolează — cu bisturiul sau cu foarfecele — tegumentele dorsului nasului ; după aceea decolarea se prelungește lateral, pe cei doi versanți ai piramidei, numai pînă la nivelul unde intenționăm să executăm rezecția bosei, pentru a evita înfundarea osoasă în fosa nazală după osteotomia laterală, cînd se exercită prin atelă presiunea externă (Aubry).

Secționarea unirii anterioare a cartilajului patrulater cu cele două cartilaje triunghiulare : cu bisturiul sau foarfeca dreaptă.

Reducerea înălțimii (excesului) cartilaginoase. Cu ajutorul unui depărtător dublu, cu vîrfurile rotunjite, se ridică lobulul nazal pentru a avea o bună vizibilitate asupra regiunii anterioare a cartilajului patrulater. Tot în același scop se face o bună hemostază. În continuare, din cartilajul patrulater este excizată — utilizînd foarfecele drept — prin mișcări ferme, fără ezitări și întreruperi, o porțiune de forma unei lame. Trebuie avut mare grijă ca excizia să fie de la început rectilinie, să nu prezinte ondulări sau unghiuri ascuțite. După excizarea lamei cartilaginoase rezultă o diferență de nivel între cartilajul patrulater restant și regiunea osoasă situată superior.

Reducerea excesului în înălțime al porțiunii osoase. Cu mîna dreaptă operatorul introduce o daltă dreaptă lată, dar nu prea groasă, pe care o plasează sub denivelarea ce s-a creat prin ridicarea lamei din cartilajul patrulater. Dalta se angajează și se fixează orizontal, spriji-

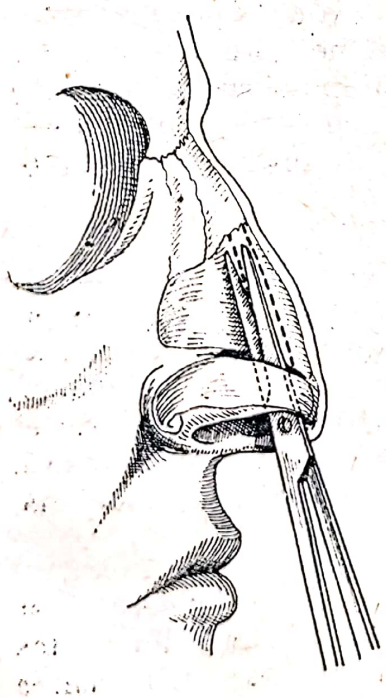


Fig. 87. Reducerea înălțimii cartilajului patrulater, prin rezecarea unei lame de dimensiuni anterior stabilite

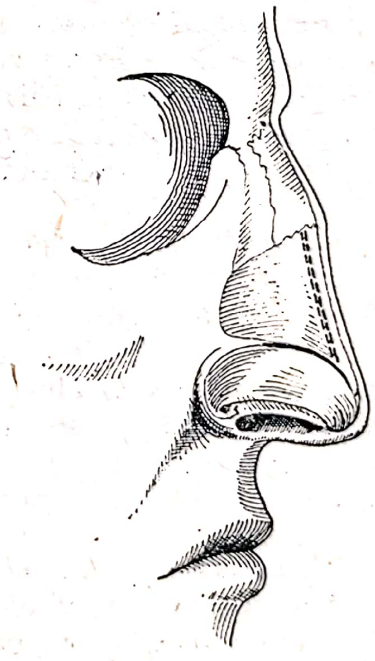


Fig. 88. Aspectul piramidei nazale în porțiunea cartilaginoasă în urma exciziei lamei din partea anterioară a cartilajului patrulater.

Scanned with OKEN Scanner

nită pe marginea anterioară a cartilajului patrulater restant, sub marginea inferioară a oaselor proprii nazale, la nivelul la care acestea depășesc cartilajul patrulater secționat. Cu mîna stîngă, prin intermediul tegumentelor, operatorul controlează și dirijează în permanență înaintarea și direcția ce o urmează dalta cînd ajutorul o lovește cu ciocanul, cu lovituri reținute, în serii de cîte două, ultima fiind mai accentuată. Dacă cifoza nazală pornește de sub unghiul nazofrontal atunci dalta termină rezecția excesului osos înaintea acesteia cu cîțiva milimetri. Cînd însă cifoza nazală pornește chiar de la nivelul suturii nazofrontale dalta va rezeca porțiunea osoasă în exces pînă se ajunge la planul frontal. Cu ajutorul unei pense se prinde porțiunea rezecată din piramida nazală și se extrage ; apoi operatorul controlează rezultatul obținut.

Osteotomia paramediană. În cazul că cifoza nazală a fost rezecată pînă la nivelul planului frontal osteotomia paramediană nu mai trebuie executată. Dacă rezecția cifozei s-a oprit la o distanță de cîțiva milimetri de sutura nazofrontală, rămîne o porțiune superioară din oasele proprii care continuă să fie sudată pe linia mediană. În aceste situații se introduce dalta — ținută vertical, de-a lungul septului și în contact permanent cu acesta — și cu cîteva lovituri de ciocan se reușește să se ajungă, prin discizia oaselor proprii nazale, la sutura nazofrontală. Apoi, împingînd lateral dalta, este dislocat, din sutura nazofrontală, osul propriu restant. Se execută aceeași manevră și de partea opusă.

Netezirea secțiunii osoase se efectuează cu pile speciale, imaginate de diferiți autori, din interior în afară, pentru a putea antrena spre exterior rumegușul osos sau eschilele ce rezultă. După netezire este necesar și un control în interiorul plăgii, întrucît zona trebuie curățată foarte bine. Se poate folosi chiar și aspirația. De asemenea se verifică extern, prin palpare, dacă liniile de secționare sînt netede, nu prezintă asperități, iar excizia a fost executată în limitele dorite.

Osteotomia laterală se execută cu o daltă dreaptă și îngustă, cu care se pătrunde, prin mucoasă, pînă la unghiul lateral al aperturii piriforme. Dalta trebuie orientată la început în afară și în jos ; apoi i se imprimă o direcție în sus și înăuntru, angajînd-o în unghiul nazofacial pînă la rădăcina nasului. Se are grijă ca dalta să treacă înaintea crestei lacrimale. După ce se secționează în același mod și în partea opusă, apofizele sînt mobilizate — prin presiune digitală — spre linia mediană, conturînd noul dors al nasului.

Scurtarea piramidei nazale. În cazul că se intenționează doar scurtarea piramidei nazale se rezecă o lamă dreptunghiulară din partea inferioară a cartilajului patrulater. Dacă dorim să executăm și ridicarea vîrfului nasului, mărind și unghiul nazolabial, rezecția va fi de forma unui trapez cu latura mare situată anterior. În situația că se urmărește simpla ridicare a vîrfului nasului excizia va realiza un triunghi cu baza situată anterior.

Scanned with OKEN Scanner

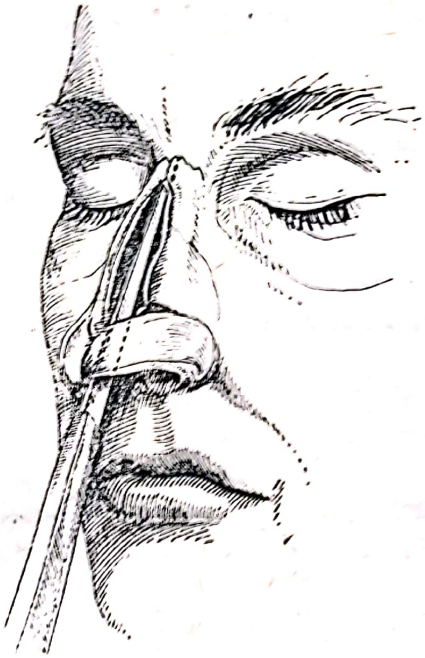


Fig. 89. Osteotomia paramediană

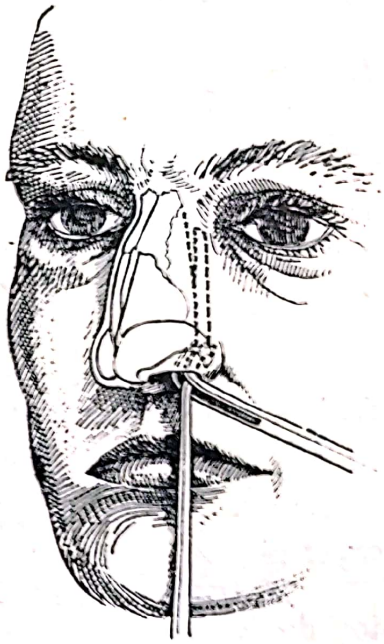


Fig. 90. Osteotomia laterală (după Denecke)

Reducerea înălțimii cartilajelor triunghiulare. Se excizează cu foarfecele drept — din ambele cartilaje triunghiulare cîte o lamelă, împreună cu mucoasa, de mărimea celei excizate din cartilajul patrulater, avînd grijă să se armonizeze cu scurtarea și îngustarea porțiunii osoase a piramidei.

Controlul rezultatului obținut. Prin presiune digitală asupra tegumentelor piramidei sînt evacuate cheagurile și elementele osteocartilaginoase care au mai rămas în plagă. Se controlează apoi dorsul nasului dacă este drept și nu prezintă denivelări ce trebuie netezite. În cazul că în plagă au mai rămas eschile osoase mici sau fragmente cartilaginoase ele se îndepărtează. De asemenea trebuie verificat prin palpare dacă apofizele ascendente s-au apropiat bine, iar cei doi versanți ai piramidei sînt îndeajuns de netezi.

În situația că la nivelul secțiunii anterioare a cartilajului patrulater a rămas un exces de mucoasă, ea este excizată, pentru a lăsa descoperită linia de secțiune.

Sutura. Firică recomandă numai sutura inciziei interseptocolumelare (transfixiante), pe care o face cu unu sau două fire de mătase, pătrunzînd prin sept și subcloazon. Rezultate bune obține și prin suturarea — de o parte și de alta — a mucoasei septului cu tegumentele columelei, folosindu-se de ace curbe fine.

Contenția. Tamponamentul endonazal este utilizat numai dacă s-a intervenit în același timp și pe sept. Altfel se face o contenție externă cu atelă metalică, sub care sînt plasate patru comprese, de forma atelei, lăsînd marginile compreselor ceva mai lungi. Atela se fixează cu benzi de leucoplast. Contenția este menținută numai cinci zile.

Scanned with OKEN Scanner

Pansamentul este simplu : se pudrează cu pulbere de antibiotic vestibulele nazale și apoi se aplică o compresă uscată, împăturită sub formă triunghiulară, care se menține două zile.

Evoluția postoperatorie, îngrijirile postoperatorii, complicațiile și rezultatele sînt similare cu cele descrise la tehnica anterioară.

6.2.1.2. TEHNICA DESCRISĂ DE AUBRY

Indicații : în hiperplaziile nazale, care caracterizează nasul cifotic.

Pregătirea preoperatorie : constă într-o pregătire psihică, explicîndu-i-se bolnavului ce intervenție i se face, evoluția postoperatorie, faptul că trebuie să aibă răbdare, întrucît rezultatul real al intervenției va apărea în forma dorită abia după cîteva luni. Va fi prevenit de edemul și echimozele ce se instalează cînd se aplică atela, ca și după ridicarea ei.

Pregătirea medicamentoasă constă în administrarea unui supozitor de Nembutal 120 mg în seara ce precede ziua operației, iar aproximativ cu o oră înaintea intervenției, a unei fiole de Fenergan și Dolosal (intramuscular).

În cazurile cînd bolnavul nu este suficient de toropit se recomandă o perfuzie cu 250 centimetri cubi de ser glucozat, în care se adaugă o asociație de Diparcol și Dolosal.

Tot în cadrul pregătirii preoperatorii trebuie să menționăm tunderea perilor din vestibulele nazale, precum și spălarea bine a feței și a piramidei nazale cu apă și săpun, cu o oră înaintea operațiilor, insistîndu-se asupra porilor cu depozite seboreice. Tunderea perilor este precedată și urmată de tamponarea cu un tampon îmbibat în alcool și apoi stors, a vestibulelor nazale. După spălarea feței și a piramidei cu apă și săpun acestea se șterg cu un tampon îmbibat cu alcool, avînd grijă să ferim ochii, pe care-i putem proteja aplicînd cîte o compresă pe pleoapele închise.

Anestezia : fie generală cu intubație și tamponament al faringelui, fie — de preferat — locală. Cea locală, cu ace foarte fine (cu novocaină sau xylocaină soluție 1% adrenalinată), se execută astfel : de-a lungul viitoarei incizii transfixiante ; în regiunea viitoarei incizii intercartilaginoase la plica nasi ; la nivelul dorsului nasului ; în unghiul lateral al orificiului piriform bilateral ; în lungul liniei de osteotomie laterală.

Instrumentarul : cel obișnuit, la care se adaugă ghilotinele Aubry și Palfer-Sollier, precum și o daltă butonată pentru osteotomia laterală.

Incizia : se execută cele două incizii devenite clasice : transfixiantă și intercartilaginoasă, indiferent de succesiunea lor. Dacă se începe cu incizia transfixiantă, după executarea ei, cu un bisturiu fin, se rabate incizia lateral spre plica nasi, unde se face o incizie superficială, care apoi este completată cu foarfecele în profunzime. În cazul că se începe

Scanned with OKEN Scanner

cu incizia intercartilaginoasă, cînd operatorul ajunge în părțile anterioară și inferioară ale cartilajului triunghiular schimbă direcția inciziei, trecînd la incizia transfixiantă, pînă la spina nazală anterioară. Incizia intercartilaginoasă nu trebuie să se prelungească prea mult posterior, pentru a nu favoriza producerea unei cicatrice retractile, cu stenozarea orificiului intern al vestibulului nazal.

Decolarea: cu foarfeca curbă, începînd din regiunea dorsului nasului și zonele învecinate, pînă la nivelul unghiului nazofrontal. Se recomandă să se decoleze pînă spre lobulul nazal, precum și întreaga suprafață a cartilajelor triunghiulare. Nu trebuie însă decolată toată suprafața versanților piramidei nazale. Se lasă o punte între decolarea de la începutul actului operator, cînd se intervine pe dorsul nasului, în vederea rezecției bosei, și cea de la finele lui, efectuată în scopul executării osteotomiei laterale. Această punte nu este altceva decît o zonă de aderență între planul osos profund și tegumentele superficiale, ce se opun înfundării exagerate a pereților laterali ai piramidei nazale atunci cînd sînt apropiați de către chirurg, precum și în perioada în care presiunea externă este imprimată de atelă.

Rezecția bosei osteocartilaginoase se efectuează cu ajutorul ghilotinei lui Aubry și Palfer-Sollier sau al dălții plate, utilizată de mulți chirurgi. De asemenea sînt recomandate ferăstraiele lui Joseph, care pot fi folosite la îndepărtarea, separată, a celor doi versanți ai cifozei sau la cea în bloc a excesului osteocartilaginos, prin atacarea bosei din porțiunea superioară, ținînd ferăstrăul orizontal, și coborînd rezecția pînă în partea inferioară osoasă. La nivelul zonei cartilaginoase se intervine cu un bisturiu butonat și cudat. În caz de rădăcină lată sau dacă

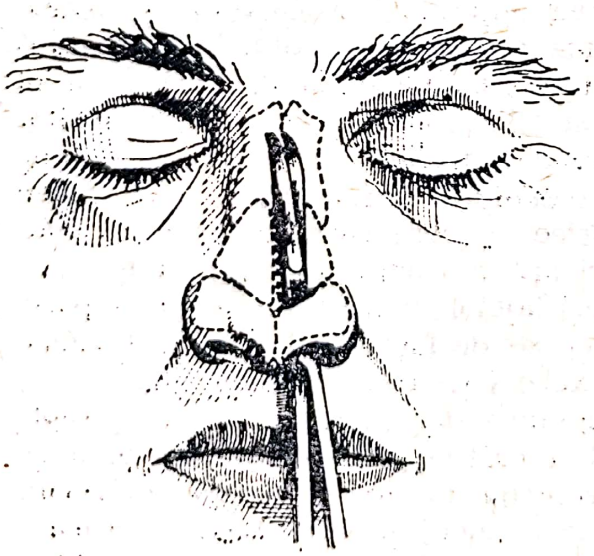


Fig. 91. Decolarea la nivelul dorsului nasului. Foarfeca este introdusă prin incizia intercartilaginoasă (după Aubry).

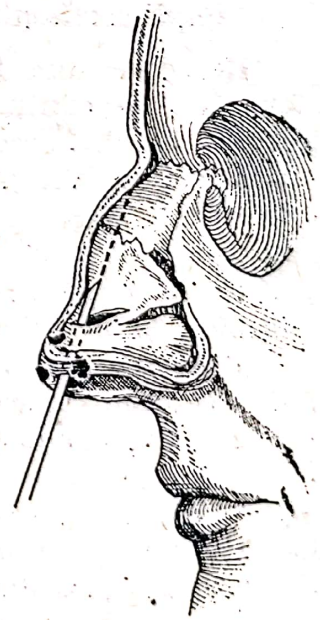


Fig. 92. Rezecția bosei osteocartilaginoase cu o daltă plată (după Aubry).

Scanned with OKEN Scanner

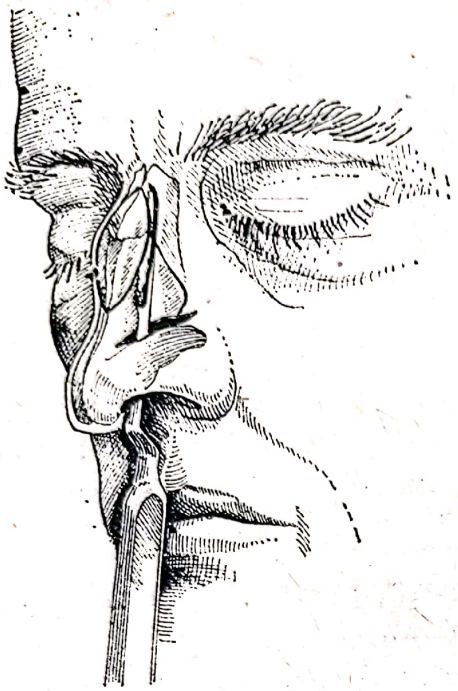


Fig. 93. Rezecția bosei cu ferăstrăul lui Joseph (după Aubry)

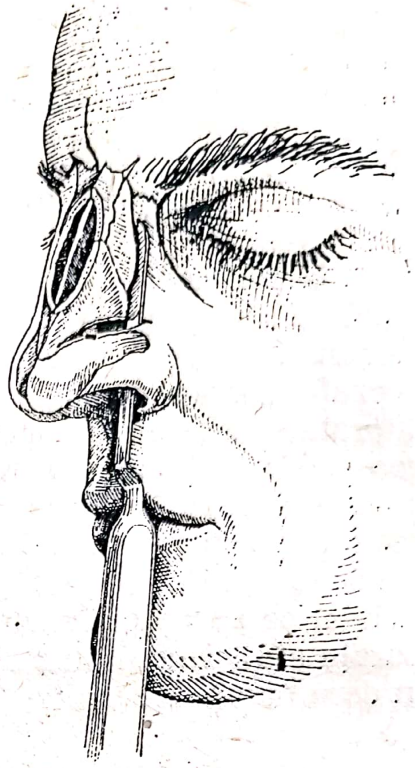


Fig. 94. Osteotomia laterală cu ferăstrăul (după Aubry)

bosa a fost îndepărtată numai pînă la cîțiva milimetri de sutura nazofrontală este necesar să se rezece — cu o pensă ciupitoare de os fină — două mici fragmente osoase de formă triunghiulară, care vor împiedica apropierea pe linia mediană a celor doi versanți după osteotomia laterală.

Timpii cartilaginoși :

Rezecția unei lamele din partea anterioară a cartilajului patrulater, care să continue perfect partea osoasă a septului rămasă după ridicarea bosei. Lamela este îndepărtată cu ajutorul unei foarfece drept și sub control vizual, folosind lampa Clar, după ce cu un depărtător se ridică în sus vîrful nasului. Rezecția trebuie să realizeze o linie armonioasă a nasului, întrucît de ea depinde forma finală a piramidei operate. Se evită denivelările sau orice element care ar deteriora continuitatea și netezimea părții anterioare a cartilajului patrulater.

Rezecția părții anterioare a cartilajelor triunghiulare, de o parte și de cealaltă. Și acest timp operator se desfășoară sub control vizual și numai după o justă apreciere a exciziei ce trebuie executată.

Scurtarea nasurilor lungi presupune îndepărtarea unei lame dreptunghiulare din porțiunea inferioară a cartilajului patrulater. Dacă se dorește ridicarea vîrfului nasului rezecția la nivelul părții inferioare a cartilajului patrulater va avea forma triunghiulară, cu baza anterioară.

În cazurile cu buze prea scurte și cu unghiul nazolabial prea obtuz este rezecat un mic tubercul, care marchează unghiul inferior al septului, fără însă a interesa mucoasa.

Scanned with OKEN Scanner

Osteotomia laterală are ca scop apropierea pe linie mediană a celor doi versanți laterali ai piramidei nazale rămași depărtați după rezecția cifozei nazale osteocartilaginoase. Apropierea se obține mobilizînd versanții laterali prin osteotomie laterală și înaltă ori, mai bine zis prin dezarticulație nazofrontală. Pentru practicarea decolării tegumentelor se face o mică butonieră cu bisturiul sau este străpunsă direct mucoasa cu decolatorul, la nivelul părții laterale și joase a orificiului piriform ; apoi se continuă, urmînd unghiul diedru format de apofiza ascendentă a maxilarului superior și planul feței. Tegumentele sînt decolate bilateral.

Osteotomia laterală poate fi executată fie cu ferăstrăul, fie cu o daltă butonată, pentru a se putea urmări deplasarea ei pe sub tegumente. Ferăstrăul trebuie plasat superior la o distanță de doi milimetri de unghiul intern al ochiului, iar inferior, în partea inferoexternă a orificiului piriform. În cazul utilizării ferăstrăului electric este necesar să fie mînuit în așa fel, încît să nu se lezeze tegumentele. Deși dalta butonată permite vizualizarea manevrelor în timpul intervenției, se mai folosesc și dălțile plate, care fac ca decolarea tegumentelor să nu mai fie necesară. Unii chirurgi execută osteotomia laterală cu ferăstrăul și în porțiunea superioară o completează cu dalta. În cazul acesta este necesară o atentă degajare a plăgii de praful osos ce rezultă în urma ferăstruirii.

Osteotomia înaltă. De fapt, osteotomia înaltă este o dezarticulație a articulației nazofrontale. Ea se poate efectua fie folosind dalta dreaptă, fie pensa cu brațe plate tip Dufourmentel. Dalta este intro-

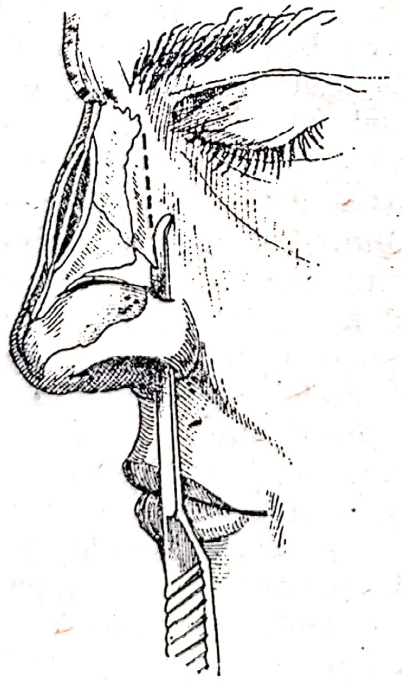


Fig. 95. Osteotomia laterală cu daltă butonată (după Aubry)

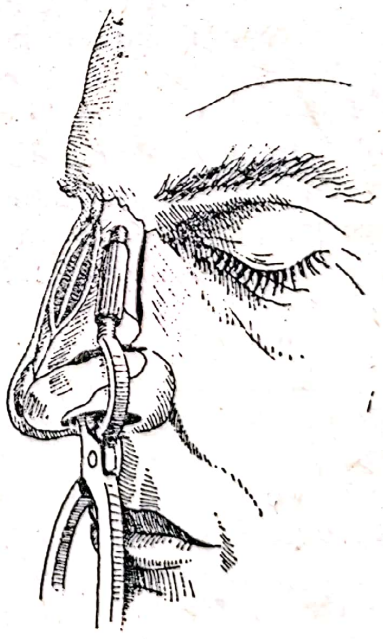


Fig. 96. Osteotomia laterală (după Aubry). Apropierea pereților laterali cu o pensă

Scanned with OKEN Scanner

dusă de-a lungul septului, în permanent contact cu el, și prin cîteva lovituri cu ciocanul oasele proprii nazale sînt discizate, ajungîndu-se la sutura nazofrontală. Printr-o mișcare de lateralitate se luxează în afară versantul nazal respectiv. Se procedează în același mod și în partea opusă. Apoi, prin presiune digitală de ambele părți, se apropie cei doi versanți în poziția dorită. Cînd este utilizată pensa cu brațe plate tip Dufourmentel se apucă lama osoasă cît mai aproape de sutura nazofrontală și cu o mișcare de rotație spre exterior se luxează din articulație. După aceea, printr-o mișcare din afară spre înăuntru se plasează lama osoasă în poziția corectă. Manevra este repetată și de partea opusă. În felul acesta cei doi versanți ai piramidei nazale sînt așezați în poziție corectă, pe linia mediană.

Suturile. Aubry folosește de preferință sutura transfixiantă a septului și a columelei cu catgut, la nivelul inciziei transfixiante. El nu suturează în zona inciziei intercartilaginoase. La nivelul inciziei transfixiante Aubry mai recomandă și sutura — executată de o parte și de alta, în ambele vestibule nazale — a marginii mucoasei septale cu marginea cutanată a columelei.

Rezecția vîrfurilor cartilajelor triunghiulare se execută numai după ce s-au efectuat suturile, cu ajutorul unei foarfece fine, avînd grijă ca linia de secțiune a cartilajului să nu depășească în afară linia de incizie a mucoasei, la nivelul inciziei intercartilaginoase.

Pansamentul. În cazul că nu se intervine concomitent și pe sept se pun în vestibulele nazale două mici tampoane îmbibate într-o soluție grasă.

Contenția. Sînt indicate două posibilități : cu benzi gipsate (mai rar folosită) sau cu benzi de sparadrap și atelă metalică. Benzile de sparadrap, late de 1 cm, sînt aplicate transversal pe suprafața nasului de la vîrf pînă la rădăcină. Este trecută apoi o ansă — confecționată tot din bandă de sparadrap — pe sub partea anterioară a columelei ; prelungirile laterale ale ei se lipesc în lungul și mijlocul versanților laterali ai piramidei, astfel încît extremitățile să i se încrucișeze — pe linia mediană — deasupra rădăcinii nasului sau, mai sus, pe frunte. Marginile atelei metalice trebuie acoperite cu o bandă de sparadrap. Se croiește apoi o compresă de forma atelei, ale cărei margini să depășească pe ale călușului metalic. Compresa este aplicată pe piramidă, iar apoi se pune atela, care se fixează cu două benzi de sparadrap încrucișate în *X*, deasupra unghiului diedru al atelei, și printr-o bandă transversală, ce se întinde de la un obraz la celălalt. Trebuie avut mare grijă ca atela să fie fixată în poziție corectă și pe linia mediană, pentru că de modul cum este realizată contenția depinde în foarte mare măsură rezultatul postoperator. Rolul ajutorului este mare în menținerea în poziție corectă a atelei în timp ce operatorul o fixează cu benzile de sparadrap. În ceea ce privește tamponamentul endonazal, Aubry nu-l recomandă decît atunci cînd se inter-

Scanned with OKEN Scanner

vine concomitent și pe sept. În acest caz el acordă o importanță deosebită acestui tamponament, care are rolul să consolideze septul într-o poziție corectă.

6.2.1.3. TEHNICA DESCRISĂ DE GINESTET

Instrumentar. În afara instrumentarului obișnuit în asemenea intervenții se adaugă : decolatorul Killian ; răzușa lui Sébileau ; dălți drepte pentru excizia bosei și osteotomia laterală ; pila Moulonquet sau Ginestet, utilizate la netezirea suprafețelor secționate ; pensa cu brațe late a lui Dufourmentel, destinată mobilizării și apropierii pe linia mediană a versanților laterali.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat cu fața în sus, avînd sub cap o pernă cu nisip.

Poziția chirurgilor. Medicul operator se așază în dreapta bolnavului, ajutorul — de partea opusă. Sora care instrumentează se plasează la capul bolnavului.

Puncte de reper : șanțul nazofrontal, dorsul nasului, vîrful nasului, subcloazonul și șanțul nazogenian.

Anestezia : generală. În plus, o infiltrație a zonei în care se intervine și la nivelul ambelor fețe ale septului nazal cu xylocaină soluție 1% adrenalinată.

Incizia : endovestibulară, între marginea inferioară a cartilajului patrulater și columelă, prelungită pe tavanul vestibulului nazal și continuată pentru ca să secționeze și mucoasa aripii nasului (incizia intercartilaginoasă).

Decolarea subpericondromucoasă a cloazonului. Se degajează ambele fețe ale septului subpericondrial cu decolatorul Killian.

Decolarea tegumentelor regiunii dorsului nasului : cu foarfece fine semicurbe, pe toată regiunea dorsului nasului, pînă la nivelul șanțului nazofrontal.

Deperiostarea părții osoase a piramidei nazale : sub controlul policelui și al indexului mîinii stîngi, transtegumentar, cu răzușa lui Sébileau.

Rezecția bosei nazale. Se indică folosirea unui ferăstrău drept sau a unei dălți drepte ; fragmentul osteocartilaginos rezecat este extras cu o pensă.

Netezirea secțiunii osoase. Este recomandată pila lui Moulonquet sau a lui Ginestet ; la nivelul zonei cartilaginoase se folosește foarfeca,

Scanned with OKEN Scanner

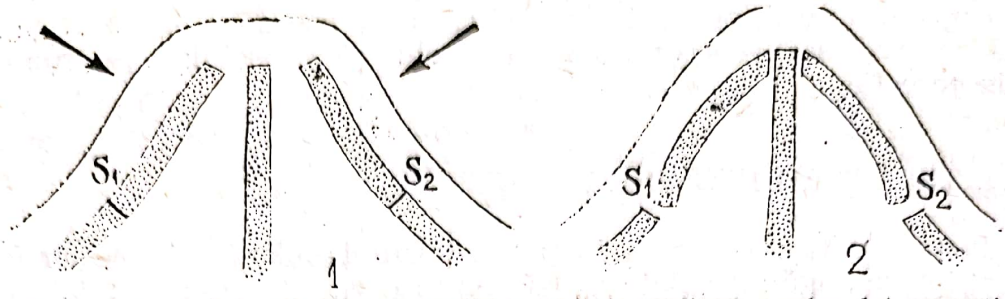


Fig. 97. Osteotomia laterală (1) cu apropierea pe linia mediană a celor doi versanți (2) (după Ginestet)

mai ales la cel al secțiunii cartilajului patrulater, unde trebuie efectuată sub control vizual cu lampa Clar. Ginestet atenționează asupra necesității aprecierii și rezecției strict necesare a excesului osteocartilaginos, pentru a nu rezeca mai mult și a trece în extremitatea cealaltă, creînd un nas cu lordoză.

Osteotomia laterală folosește incizarea — tot pe cale endovestibulară, vertical — a mucoasei la nivelul marginii externe a orificiului piriform, pe o distanță de un centimetru și jumătate. Prin această butonieră se execută deperiostarea apofizelor ascendente ale maxilarului superior, de-a lungul unghiului diedru format de apofize cu planul feței, începînd de la partea superioară a șanțului nazogenian pînă la unghiul nazofrontal. Se secționează apofizele ascendente ale maxilarului superior în zona tunelului realizat prin deperiostare, utilizînd un ferăstrău drept sau o daltă dreaptă. Secțiunea va avea direcția de jos în sus și din afară înăuntru. Odată osteotomia laterală terminată într-o parte se procedează în același mod și de partea opusă.

Apropierea pe linia mediană a versanților laterali și piramidei nazale se face cu ajutorul pensei lui Dufourmentel, care are brațele plate.

Scurtarea piramidei nazale. Se recomandă rezecția unei porțiuni triunghiulare din septul nazal cu baza anterioară, o rezecție limitată din partea superioară a cartilajelor alare și una din partea anteroinferioară a cartilajelor triunghiulare.

Sutura. Se suturează inciziile cu catgut dublu zero.

Contenția: folosește atît tamponamentul endonazal cu meși îmbibate în oleum gomenolat 1%, cît și contrapresiunea externă, printr-o atelă metalică, fixată cu benzi de elastoplast late de 2 cm. Meșile introduse la tamponamentul endonazal sînt scoase după două zile. Contenția externă este menținută o săptămînă.

6.2.1.4. TEHNICA DESCRISĂ DE JOST ȘI LEGENT

Intervenția se execută extramucos, neafectînd mucoasa de pe fața profundă a bosei osteocartilaginoase, astfel că sînt păstrate două

domuri mucoase ce rezultă din unirea mucoaselor de pe cele două fețe ale septului cu mucoasele laterale care căptușesc pereții osteocartilaginoși laterali. Dintre avantajele metodei amintim : conservarea unei mucoase cu funcții importante ; evitarea eventualelor stenoze ; diminuarea sîngerării ; vizibilitate bună în timpul intervenției ; respectarea continuității domurilor cartilajelor alare.

Studiul preoperator : prin fotografii și desene pe hîrtie de calc, pe care se haşurează zonele ce trebuie excizate.

Anestezia. Autorii propun orice fel de anestezie, cu condiția să realizeze securitate, confortul pentru operat și sîngerare puțină. De aceea, dacă se face anestezie generală este necesară și infiltrația cu anestezic în soluție adrenalinată. Nu trebuie uitat să se infiltreze capul cornetelor inferioare, zona înaltă a septului și fața profundă a apofizelor ascendente ale maxilarului superior.

Incizia intercartilaginoasă : transcartilaginoasă, deoarece este practicată în zona cartilajelor sesamoide, sub marginea inferioară a cartilajului triunghiular (plica nasi). Se face dinapoi înainte și trebuie să dea o cale bună de acces asupra părții laterale a cartilajului alar.

Incizia transfixiantă : cea obișnuită, numai că în partea anterioară se racordează cu incizia intercartilaginoasă, pe sub unghiul inferior al cartilajului triunghiular. Cu o forfecuță boantă se prelungește posterior incizia transfixiantă pînă la partea posterioară a marginii inferioare a septului.

Decolarea subcutanată și incizia periostului de-a lungul marginii osoase : cu o forfecuță boantă, folosind metoda Lagarde. Periostul este incizat cu aceeași forfecuță simțind pe planul profund osul.

Deperiostarea cu răzușa. Se utilizează o răzușă lată și ascuțită, lăsînd periostul aderent la tegumente.

Decolarea feței superficiale a părții laterale a cartilajelor alare se face cu ajutorul unui depărtător fin cu gheare și exercitînd o presiune digitală pe peretele extern al vestibulului nazal este răsturnată marginea superioară a părții laterale a cartilajului alar ; în felul acesta este posibilă insinuarea unei forfecuțe — introdusă prin vestibulul osos și incizia transfixiantă — și decolarea feței externe a părții laterale a cartilajului alar. Se face același lucru și de partea opusă.

Decolarea tegumentelor feței profunde a părții laterale a cartilajelor alare. Se decolează subpericondral, cu o forfecuță fină ascuțită, tegumentele suprafeței interne a părții laterale a cartilajelor alare, cartilajul fiind menținut în continuare eversat. Chirurgul trebuie să aibă grijă să nu perforeze tegumentele, deoarece rezultă cicatrice retractile. Decolarea se execută bilateral.

Scanned with OKEN Scanner

Disecția prelungirii posterioare a părții laterale a cartilajelor alare (cauda). Împingînd posterior disecția celor două fețe ale părții laterale a cartilajelor alare este pusă în evidență partea cea mai posterioară a acesteia (cauda).

Secțiunea prelungirii posterioare a părții laterale a cartilajelor alare (cauda). După decolările executate anterior se exteriorizează ușor partea laterală a cartilajului alar, cu prelungirea sa posterioară (cauda). În felul acesta prelungirea cartilajului alar poate fi ușor secționată.

Excizia unei lamele din extremitatea superioară a părții laterale a cartilajelor alare și a domurilor alare. Se secționează o lamelă de dimensiunile stabilite anterior, care este prelungită pînă la jumătatea domului cartilajelor alare. Excizia se face bilateral.

Decolarea mucoasei septale pornind de la incizia transfixiantă. Este executată o decolare paralelă cu incizia transfixiantă, subpericondral, la nivelul septului — de o parte și de alta —, pe o întindere în înălțime de un centimetru sau ceva mai mult.

Decolarea mucoasei părții anterosuperioare a septului și apoi a feței profunde a bosei. Cu decolatorul, care trebuie să ajungă între os și sept și apoi, printr-o mișcare de rotație, se ajunge pe fața profundă a bosei, a cărei mucoasă o decolăm. Medicul operator trebuie să simtă și chiar să audă contactul decolatorului cu osul. Mai jos, la nivelul bosei cartilaginoase, decolarea este mai dificilă.

Decolarea sesamoidelor. Marginea inferioară a inciziei intercartilaginoase se rabate în jos cu o pensă anatomică. Apoi sînt disecate — cu o forfecuță ascuțită — cartilajele sesamoide de-a lungul inciziei intercartilaginoase.

Exereza sesamoidelor și a țesutului care căptușește fața externă a cartilajelor triunghiulare. Se execută exereza sesamoidelor și cu ele odată țesuturile moi înconjurătoare în care intră pericondrul extern, mușchii și țesutul subcutanat.

Decolarea feței profunde a cartilajelor triunghiulare pe o distanță de cîțiva milimetri se execută cu o forfecuță cu vîrful ascuțit, mucoasa fiind întinsă în jos.

Separarea între sept și cartilajele triunghiulare, respectînd mucoasa. Forfecuța dreaptă este insinuată în unghiul dintre sept și cartilajul triunghiular, pînă la rebordul osos.

Decolarea feței profunde a cartilajului triunghiular este posibilă numai după ce unghiul inferior al cartilajului se ridică cu o pensă de disecție. După decolare mucoasa feței profunde a cartilajului triunghiular rămîne în continuare cu cea a septului nazal.

Scanned with OKEN Scanner

Rezecția bosei cartilaginoase prin trei incizii cartilaginoase. În această fază cînd cele trei porțiuni cartilaginoase ale bosei sînt separate se secționează fiecare — după planul dinainte stabilit — cu un foarfece drept, pînă la marginea osoasă.

Secțiunea osoasă a bosei se secționează prin lovituri de daltă, executate succesiv de o parte și de alta. Bosa poate fi secționată cu dalta și în bloc, pînă la unghiul nazofrontal.

Rezecția triunghiurilor osoase reziduale : cu o pensă ciupitoare fină, pentru a putea apropia cei doi versanți rezultați după ridicarea bosei.

Netezirea dorsului nasului : cu dalta, foarfecele sau pila.

Osteotomia laterală cu dalta. Folosind dalta de tip Marino, modificată, se începe osteotomia din partea anterioară a cornetului inferior, străpungînd mucoasa, în direcția anteroposterioară, pînă la partea anterioară a crestei lacrimale.

Fractura spre partea laterală a versanților restanți. Se înfige dalta dreaptă, prin cîteva lovituri de ciocan, în os — de o parte și de alta a septului, în direcție sagitală — și apoi, imprimîndu-i o mișcare către lateral, cei doi versanți ai piramidei sînt dislocați din sutura nazofrontală. În felul acesta ei pot fi ulterior apropiați ușor pe linia mediană.

Armonizarea finală. Liniile de secțiune trebuie să fie netede și continue, dînd forma dorită piramidei nazale.

Rezecția septală anteroinferioară. Poate fi rezecată o lamelă dreptunghiulară din partea inferioară a cartilajului dreptunghiular, dacă trebuie scurtată întreaga piramidă, sau o porțiune triunghiulară cu baza anterioară, cînd se urmărește ridicarea vîrfului nasului.

Rezecția excesului de mucoasă a cartilajelor triunghiulare. Excesul de mucoasă este evidențiat prin tracțiunea lui spre vîrful nasului.

Suturile : la nivelul ambelor mucoase septale, pe deasupra marginii secționate anterior, se pune un punct de sutură cu catgut fin. Apoi este suturată cu două sau trei fire incizia transfixiantă, dar nu transcartilaginos, pentru a nu micșora mobilitatea columelei, ci de fiecare parte a septului, în așa fel încît tegumentele columelei să fie cusute la mucoasa septală. În final, dacă mai este nevoie, poate fi adăugat un fragment recoltat din partea laterală osteocartilaginoasă a bosei rezecate, în scopul corecției liniei dorsului nasului.

Pansament și contenție. Pansamentul se face cu meși rezorbabile puse în vestibul. Contenția este aplicată asemănător celorlalte tehnici expuse.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția postoperatorie. Operatul rămîne spitalizat cîteva zile, pînă dispar edemele și echimozele și este posibilă scoaterea atelei. Din cauza edemelor și a atelei, precum și a așezării în hipercorecție a vîrfului nasului, bolnavul este neliniștit de rezultat, așteptîndu-se ca imediat după operație să se prezinte așa cum el dorea de mult timp. Pansamentul aplicat în vestibulele nazale dă o stare de disconfort, nepermițînd respirația normală pe nas. Despre toate acestea bolnavul trebuie prevenit. După scoaterea călușului-atelă nasul se tumefiază din nou; unghiul nazofrontal nu se vede — în mod pasager — din cauza tumefacției, întreaga piramidă nazală este tumefiată, tegumentele încep să se descuameze și să aibă o colorație mai roșie decît în mod normal. Către împlinirea a două săptămîni totul se ameliorează, nasul rămînînd încă în parte tumefiat, cu modificarea tegumentelor la schimbări de temperatură. De abia după șase luni bolnavul trebuie să se aștepte să-și vadă nasul așa cum va arăta el definitiv.

Rezultatul. În cazul că intervenția a fost bine executată și rezecțiile judicios stabilite, rezultatele sînt cele așteptate. Uneori mai sînt necesare retușuri.

6.2.1.5. VARIANTE ALE TEHNICILOR DE CORECTARE A HIPERPLAZIILOR NAZALE

Din cele descrise se poate observa că majoritatea autorilor preferă anestezia locală. Alții o combină cu cea tronculară, iar unii, ca Jost și Legent, recomandă anestezia generală.

Inciziile sînt și ele diferite și au fost folosite de către diferiți chirurgi în mod variat în decursul timpului. Astfel, Racoveanu indică incizia orizontală endovestibulară pe latura externă, pe o întindere de doi centimetri. Popian practică incizia vestibulară descrisă de Joseph. Sébileau, Portmann, Ferris-Smith au folosit-o pe cea externă, prin vîrful lobulului nazal, în formă de potcoavă. La aceste incizii s-a renunțat total și, în ultimul timp, după descrierea lui Aubry, se utilizează inciziile ce au devenit acum clasice: transfixiantă și intercartilaginoasă.

Cifoza nazală este rezecată de unii chirurgi cu ferăstraie, îndepărtînd bosa fie în bloc, fie ferăstruind fiecare parte a ei separat; alții folosesc dălți diferite (unele sînt butonate, pentru a putea fi urmărit traseul lor pe sub tegumente). Sînt și chirurgi care utilizează pense ciupitoare speciale — curbe lateral — ce ridică în bloc piesa rezecată, așa cum procedăm și noi. Popian a imaginat un ferăstrău; Moulonquet folosește dalta retrogradă, care îi poartă numele, Killian recomandă o coasă specială, iar Aubry, ghilotina lui Aubry și Palfer-Sollier.

La decolare sînt chirurgi care utilizează bisturiul, foarfecele sau decolatoarele, iar pentru deperiostare, răzușele, fără a împinge în sus periostul în unghiul nazofrontal.

Scanned with OKEN Scanner

Liniile de secțiune a bosei sînt netezite cu ajutorul pilelor ori raşpelor de diferite forme, care toate însă trebuie să permită şi eliminarea rumegușului osos.

În osteotomia laterală cei mai mulți chirurgi folosesc dălțile ; alții, cum sînt Dufourmentel, Racoveanu şi noi consideră că sînt mai eficiente pensele cu brațe plate pentru fracturarea apofizelor ascendente şi dislocarea lor din sutura nazofrontală.

În ceea ce privește linia de profil, Lipsett execută o hipercorecție bazată pe observația pe care a făcut-o că după o perioadă de cîteva luni de la operație subcutan apare un țesut fibros ce îngroașă zona dintre marginea anterioară a cartilajului patrulater secționat şi tegumente. Tot el scurtează la început piramida nazală şi numai după aceea execută rezecția bosei, adică invers de cum fac majoritatea chirurgilor.

Reducerea înălțimii cartilajelor triunghiulare nu este apreciată ca absolut necesară de către toți medicii şi, ca atare, unii nu o practică, socotindu-le prea subțiri pentru a merita să fie excizate.

În privința suturilor am văzut că sînt chirurgi care suturează la nivelul inciziei transfixiante prin străpungerea cartilajului patrulater şi a celor columelare ; alții, pentru a păstra o mobilitate mai mare columelei, preferă suturi cutaneomucoase de ambele părți ale septului în vestibulele nazale. Incizia intercartilaginoasă este suturată numai de o parte din operatori, majoritatea neglijînd-o.

Contenția a suferit şi ea transformări în timp. S-a renunțat la o serie întreagă de aparate greoaie, ce se manipulau greu şi care nu realizau o contenție bună şi constantă. Majoritatea chirurgilor au adoptat atela metalică, pe care o folosesc după intervenția pentru corecția unei hiperplazii. Cei mai mulți nu mai utilizează tamponamentul endonazal pentru contrapresiune decît după reducerea unor fracturi recente. Racoveanu folosea tamponamentul endonazal şi în intervențiile de corecție a hiperplaziei nazale. Unii medici utilizează pentru contenție mulaje executate cu feşi gipsate sau stents stomatologic. Alții, printre care şi Converse, preferă placa de stents pe care aplică o atelă metalică.

Oricare ar fi însă tehnica folosită, important este ca medicul operator să fie familiarizat cu ea, să o practice cu siguranță şi adaptată fiecărui caz în parte. Este o greşeală să aplici tehnici tip în toate cazurile. Chirurgul estetician este necesar să cunoască toate tehnicile şi să folosească, după caz, una sau alta, care i se pare a fi mai indicată.

Îngrijirile postoperatorii sînt şi ele diferite atît privind starea generală a operatului, cît mai ales starea locală. Nu trebuie să ne lăsăm influențați de dorințele bolnavilor de a li se îndepărta atela înainte de a fi cazul.

Bolnavii trebuie preveniți de evoluția postoperatorie. Unii chirurgi, de teama ca suferinzii să nu se sperie, neglijează sau voit nu îi avertizează despre evoluția postoperatorie în timp, avînd după aceea neplăceri din partea operaților, care se neliniştesc din cauza edemelor, a echimozelor şi a persistenței unei tumefacții mai mult sau mai puțin importante a piramidei nazale operate.

Scanned with OKEN Scanner

6.2.2. TEHNICA CORECTĂRII NASULUI LUNG CU VÎRFUL CĂZUT

Scopul intervenției : scurtarea unui nas prea lung și ridicarea vîrfului acestuia în cazul că este căzut.

Indicații : în cazul nasurilor prea lungi, cu vîrful căzut, fără ca piramida nazală să sufere și de cifoză.

Contraindicații : nasuri lungi, cu vîrful căzut, dar care prezintă și o cifoză.

Pregătirea preoperatorie. În seara dinaintea operației se dă bolnavului o premedicație sedativă.

Instrumentarul : bisturiu fin ; bisturiu bont ; bisturiu lung, cu lama nu prea lată ; foarfece curbe mici ; foarfece drepte mici ; foarfece curbe mari ; foarfece drepte mari ; decolator pentru sept ; depărtătoare fine, cu sau fără gheare ; specule nazale obișnuite ; depărtător autostatic Palmer ; portac ; pense anatomice cu și fără gheare ; pense Péan cu brațele lungi ; ace curbe ; ace în tălpic de sanie ; seringi diferite ; ace de seringă.

Poziția bolnavului : culcat pe masa de operat, cu fața în sus, cu o pernă cu nisip sub cap.

Poziția chirurgilor. Operatorul se plasează de partea dreaptă a bolnavului, iar ajutorul de cea stîngă.

Cîmpul operator. Bolnavul este învelit pînă sub bărbie cu un cearșaf. Regiunea capului acoperită cu păr se izolează cu un cîmp operator mai mic. Fața și vestibulele nazale — după ce firele de păr au fost tunse — se șterg cu alcool. Apoi pe față este aplicat un cîmp cu o gaură, care lasă liberă piramida nazală.

Anestezia : inițial, de suprafață, în fosele nazale, cu cocaină 5% sau 10%, prin aplicarea unor tampoane de vată îmbibate în soluția anestezică. Se practică apoi anestezia locală, începînd cu zona dintre sept și subcloazon și continuînd cu cele două suprafețe septale, în partea lor inferioară, lobulul, zona inciziei intercartilaginoase, versanții laterali ai piramidei nazale și dorsul nasului.

Incizia. Se execută cu bisturiul fin o incizie combinată intercartilaginoasă și transfixiantă, care se desăvîrșește cu forfecuța dreaptă sau, mai bine, cu cea curbă.

Decolarea tegumentelor care acoperă cei doi versanți ai piramidei și dorsul nasului. Cu foarfecele (prin metoda Lagarde), decolatorul de sept ori chiar cu un bisturiu cu lama mai lungă se decolează tegumentele întregii piramide nazale, inclusiv dorsul nasului, sub controlul

Scanned with OKEN Scanner

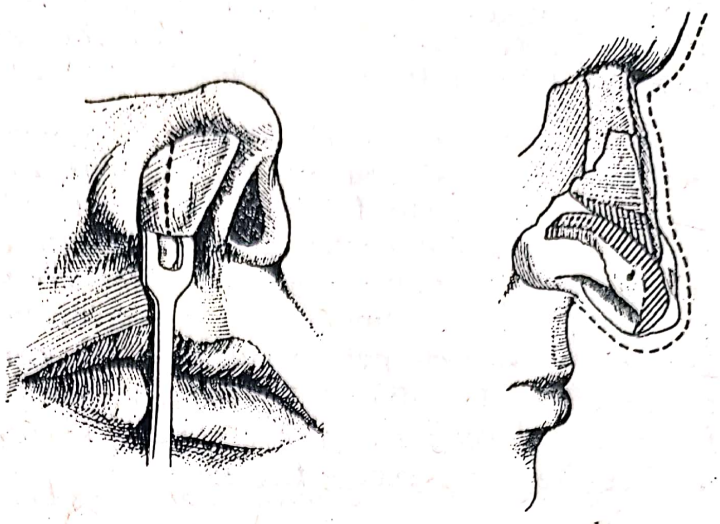


Fig. 98. Nas prea lung (după Aubry):
a. Scurtarea cartilajului septal; *b*. Scurtarea cartilajelor triunghiulare și alare.

transtegumentar permanent al policelui și indexului mîinii stîngi. Dorsul nasului se decolează pînă la unghiul nazofrontal și are drept scop alunecarea în sus a tegumentelor după scurtarea nasului.

Scurtarea triunghiulară a cartilajului patrulater. Se prinde unghiul anteroinferior al cartilajului patrulater cu o pensă Péan și apoi cu o forfecuță curbă detașăm marginea anterioară a cartilajului patrulater pe o porțiune limitată și aproximativ egală cu baza triunghiului pe care dorim să-l rezecăm. Ridicăm apoi vîrful nasului și prin vestibulul nazal introducem o pensă Péan cu brațele lungi și o fixăm pe cartilajul patrulater, delimitînd un triunghi cu baza anterior și vîrful la nivelul spinei nazale anterioare. Cu un bisturiu fin incizăm cartilajul patrulater, avînd drept ghid marginea superioară a pensei, ce ne ajută să executăm o incizie rectilinie fără sinuozități.

Scurtarea cartilajelor alare se efectuează cu ajutorul unor depărtătoare cu gheruțe; împingînd cu indexul mîinii stîngi se produce o eversare a cartilajelor alare în ambele vestibule nazale. Utilizînd o forfecuță curbă mică se decolează fața externă a cartilajelor alare de tegumentele externe, pînă la nivelul domului cartilajului alar. După ce am prins cu o pensă Péan cu brațe lungi cartilajul alar, la nivelul domului, rezecăm cîte o lamelă triunghiulară — de dimensiuni egale — din fiecare cartilaj alar. Aspectul lamelei rezecate poate fi cel al crosei de hochei.

Scurtarea unghiului anteroinferior al cartilajelor triunghiulare. Dacă nasul este prea lung și triunghiul rezecat din cartilajul patrulater este mai mare, la aceasta adăugîndu-se și scurtarea cartilajelor alare, se poate întîmpla ca atunci cînd facem sutura columelei la sept să prolabeze, prin incizia intercartilaginoasă, unghiul anteroinferior al cartilajelor triunghiulare. În acest caz, cu o forfecuță dreaptă, se excizează

Scanned with OKEN Scanner

porțiunea cartilajului triunghiular ce apare în exces. Și aici trebuie să fim atenți să rezecăm cîte un fragment egal de ambele părți și suficient de mare pentru a permite sutura mucoasei.

Sutura. Punctele de sutură, în număr de două sau trei, la nivelul inciziei transfixiante, se fac cu fire de mătase, transfixiante; suturarea urmărește fixarea subcloazonului la secțiunea executată la nivelul cartilajului septal. Pentru ca prin strîngerea firelor de sutură subcloazonul să alunece anterior față de vechea poziție, ridicînd astfel vîrful nasului, punctele de sutură de la nivelul subcloazonului trebuie să se situeze mai posterior decît corespondentele lor, aflate pe septul nazal. La nivelul inciziei intercartilaginoase se poate pune un fir, ce are și scopul să ridice cartilajele alare. După aproximativ șapte sau opt zile se pot scoate firele.

Pansamentul se face cu cîte o compresă triunghiulară, introdusă în fiecare vestibul nazal, îmbibată cu unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină.

Contenția are mare importanță, ea permițînd fixarea tegumentelor în noua lor poziție pe planurile profunde și menținerea vîrfului nasului ridicat în hipercorecție. Nu este nevoie de tamponament endonazal. Se aplică o bandă de leucoplast de-a lungul subcloazonului, prelungindu-se în sus pe dorsul nasului, pînă la jumătatea frunții. Este pusă apoi o bandă de leucoplast în ansă, care se trece pe sub columelă, iar lateral — pe cei doi versanți ai piramidei, ajungînd să se suprapună la nivelul frunții, unde este fixată cu două benzi transversale. Peste aceste benzi de leucoplast — prin intermediul a două comprese, cu un strat de vată subțire între ele — se aplică o atelă metalică, fixată cu benzi de leucoplast transversale — o bandă în ansă și una longitudinală.

Atela și benzile de leucoplast sînt scoase după aproximativ opt zile.

Evoluția postoperatorie este asemănătoare cu cea expusă la tehnicile de rezecție a bosei. Edemele și echimozele apar întotdeauna și dispar în cel mult două săptămîni de la intervenție. Starea generală a bolnavului este bună. Se poate ca în prima și uneori chiar în a doua zi să manifeste o febrilitate, care nu trebuie să îngrijoreze, fiind febră de rezorbție.

Îngrijirile postoperatorii. Pansamentul din vestibulele nazale se scoate după patruzeci și opt de ore. Firele de sutură se îndepărtează la șapte sau opt zile de la intervenție. Atela este dată jos în a douăsprezecea zi, uneori chiar după două săptămîni. Cîteva zile se administrează antibiotice. Se pot da și antihistaminice de sinteză pentru grăbirea rezorbției edemului.

Complicații. Dacă firele sînt scoase prea devreme se poate desface rana la nivelul inciziei transfixiante și să coboare vîrful nasului.

Scanned with OKEN Scanner

Altă complicație apare cînd rezecția din cartilajul patrulater a fost prea mare ; în cazul acesta vîrful nasului va fi prea ridicat. Dacă s-a rezecat prea puțin, vîrful este căzut.

6.2.3. TEHNICILE PENTRU CORECTAREA HIPOPLAZIILOR NAZALE

Hipoplaziile nazale sînt displazii ale piramidei nazale caracterizate printr-o insuficiență — mai mult sau mai puțin pronunțată — a scheletului osteocartilaginos, realizînd nasul concav în diferite forme și la diferite niveluri. Aspectul concav al nasului poate fi în legătură cu o conformație congenitală sau provocat de o afecțiune cronică, cum este sifilisul ori ozena. Traumatismul este unul din factorii cei mai frecvenți, care prin fracturile provocate cu înfundarea călușului osteocartilaginos pot produce nasul concav, dacă fractura n-a fost redusă la timp și în bune condiții.

Procedeele chirurgicale de refacere a unei piramide nazale hipoplazice sînt variate, ele fiind în funcție de forma, întinderea și nivelul la care se situează denivelarea sau concavitatea.

Există o serie de hipoplazii nazale limitate ca întindere și profunzime, la care se păstrează suportul scheletic, nepermițînd înfundarea piramidei cartilaginoase cînd se apasă cu degetul asupra ei. Alte forme, deși prezintă o concavitate accentuată în regiunea mijlocie și superioară a piramidei, realizînd nasul „în șa", cu un suport scheletal, care la presiune nu permite înfundarea piramidei cartilaginoase. Sînt și unele hipoplazii nazale — în majoritatea lor posttraumatice — la care în urma unei fracturi vicios consolidate a septului nazal s-au executat rezecții întinse ale cartilajului patrulater, nelăsîndu-se anterior o lamă să susțină vîrful nasului. În aceste situații, la o presiune ușoară a vîrfului nasului piramida se înfundă, fiind lipsită de un suport.

În cazul hipoplaziilor limitate ca întindere și profunzime s-au descris o multitudine de tehnici chirurgicale, ce folosesc elemente scheletale și care ingenios transpuse la nivelul denivelării sînt în măsură să corecteze deficitul scheletal. Un mod de corecție în asemenea situații este prin osteotomie, laterală și paramediană, cu îngustarea piramidei și ridicarea ei (tehnica lui Cottle).

6.2.3.1. TEHNICA OSTEOTOMIEI LATERALE ȘI PARAMEDIANE

Scopul intervenției : apropierea celor doi versanți mobilizați și ridicarea ansamblului piramidei nazale.

Indicații : în înfundări limitate și nu prea adînci ale piramidei nazale.

Pregătirea preoperatorie. În seara intervenției și dimineața în care se execută operația se administrează o medicație sedativă. Cu treizeci sau patruzeci de minute înaintea intervenției se va face anestezia de bază.

Scanned with OKEN Scanner

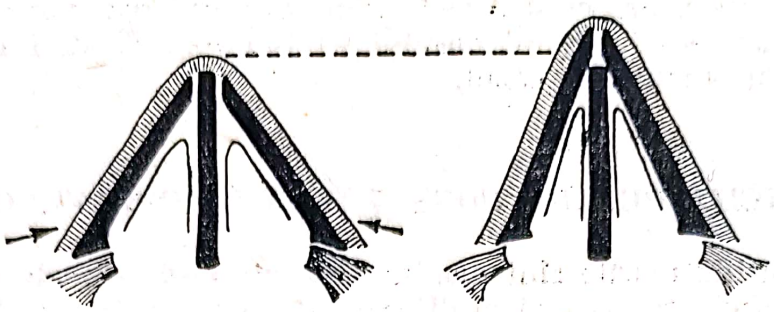


Fig. 99. Ridicarea piramidei prin osteotomii laterale și paramediane. Tehnica Cottle(după Pech)

Perii din ambele vestibule nazale se tund. Înainte și după tunderea perilor zona este tamponată cu alcool.

Instrumentarul : bisturiu fin ; bisturiu cu lama mai lungă și nu prea lată ; forfecuțe mici drepte și curbe ; foarfece mari drepte și curbe ; specul nazal obișnuit ; specul nazal autostatic ; decolator pentru sept ; pense anatomice cu gheare și fără gheare ; daltă butonată pentru osteotomia laterală tip Aubry ; daltă pentru osteotomia paramediană ; ciocan ; pensă cu brațele plate și lungi tip Dufourmentel ; ace curbe ; portac ; seringi diferite ; ace de seringă diferite ; comprese ; atelă metalică pentru contenție.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat cu fața în sus, cu o pernă cu nisip sub ceafă.

Poziția chirurgilor : operatorul în partea dreaptă a bolnavului, iar ajutorul, de partea opusă.

Cîmpul operator. Se spală fața cu apă și săpun, îndeosebi piramida nazală, apoi se șterge bine cu alcool. Vestibulele nazale sînt șterse cu un tampon steril îmbibat în alcool și stors. Se aplică un cearșaf steril peste bolnav, pînă la bărbie. Regiunea acoperită cu păr a capului este acoperită cu un cîmp steril. Se întinde apoi un cîmp cu gaură care să acopere fața lăsînd descoperită piramida nazală.

Puncte de reper : unghiul nazofrontal ; dorsul nasului ; vîrful nasului ; columela ; șanțurile nazogeniene.

Anestezia. Intervenția se poate executa cu anestezie locală. Se face în primul rînd anestezia de suprafață a foselor nazale cu mese de vată îmbibate în soluție de cocaină 5% sau 10% supraetajate. Nu trebuie neglijat unghiul dintre sept și pereții laterali ai piramidei nazale. Anestezia locală prin infiltrație este realizată cu clorhidrat de procaină soluție 1% sau xilină soluție 1%, la care se adaugă soluție de adrenalină 1‰. Se infiltrează în primul rînd tegumentele subcloazonului. Cu un ac mai lung, introdus tot prin vestibul, înapoia lobulului, este anesteziată toată regiunea dorsului nasului, pînă la nivelul unghiului

nazofrontal. Apoi se trece la infiltrarea regiunii unde se va face incizia intercartilaginoasă, după aceea a feței externe a cartilajelor triunghiulare și versanților piramidei, pînă la unghiul pe care aceștia îl fac cu planurile feței. În final sînt anesteziate peretele lateral al vestibulului și zona orificiului suborbitar.

Incizia : combinată — intercartilaginoasă și transfixiantă, ambele limitate spre posterior.

Decolarea : Inciziile sînt completate și desăvîrșite de forfecuța curbă cu care se începe și decolarea după procedeul Lagarde. Decolarea se poate continua cu foarfecele, bisturiul sau decolatorul. Ea se va executa sub control transtegumentar, cu policele și indexul mîinii stîngi.

Secționarea unirii anterioare a cartilajelor triunghiulare cu cartilajul patrulater. Autorii lucrării folosesc un foarfece drept și secționează pînă la marginea inferioară a oaselor proprii nazale. Alți chirurgi utilizează bisturiul.

Osteotomia paramediană. O daltă plată este introdusă de-a lungul septului, prin secțiunea făcută între acesta și cartilajul triunghiular ; cu cîteva lovituri de ciocan, dalta fiind ținută vertical și în permanent contact cu septul, oasele proprii sînt discizate. Se imprimă apoi dăltii o mișcare de lateralitate, care are drept scop dislocarea osului propriu nazal din sutura nazofrontală. Aceleași manevre se execută și de partea opusă.

Osteotomia laterală poate fi executată urmînd fie o linie paralelă cu dorsul nasului, completată apoi cu osteotomia transversală înaltă, fie o linie în sus și înăuntru. Ultimul procedeu folosit și de noi constă în străpungerea — prin mucoasă — cu o daltă dreaptă și îngustă pînă la nivelul unghiului lateral al orificiului piriform. La început se dă dăltii o orientare în jos și în afară ; numai după aceea se dirijează în sus și înăuntru, pînă ajunge — trecînd prin fața crestei lacrimale — la unghiul nazofrontal.

Ridicarea celor doi versanți ai piramidei prin apropierea lor. Se apropie cei doi versanți mobilizați, dorsul nasului ridicîndu-se fie prin presiune digitală, fie cu ajutorul pensei cu brațe plate a lui Dufourmentel.

Suturile sînt obligatorii la nivelul inciziei transfixiante, de fiecare parte și în fiecare vestibul ; la nivelul inciziei intercartilaginoase sutura este facultativă.

Pansamentul se face cu mese triunghiulare îmbibate cu unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină, introduse în vestibulele nazale. Sînt scoase după două zile.

Contenția : numai prin presiune externă, cu atelă metalică. Atela este fixată cu benzi de leucoplast, care să nu exercite presiune pe dorsul

Scanned with OKEN Scanner

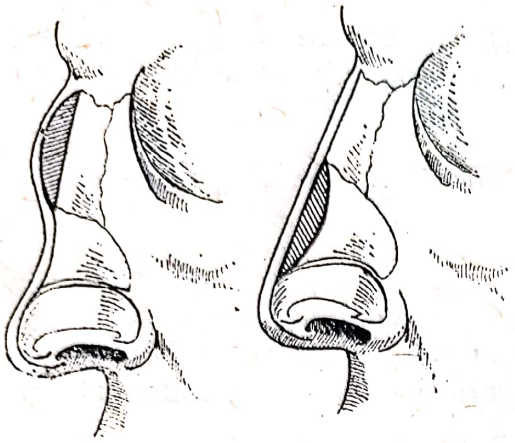


Fig. 100. Corectarea lordozei inferioare cu fragmentul osos obținut prin rezecția bosei superioare. Tehnica Kostiechi (după Pech)

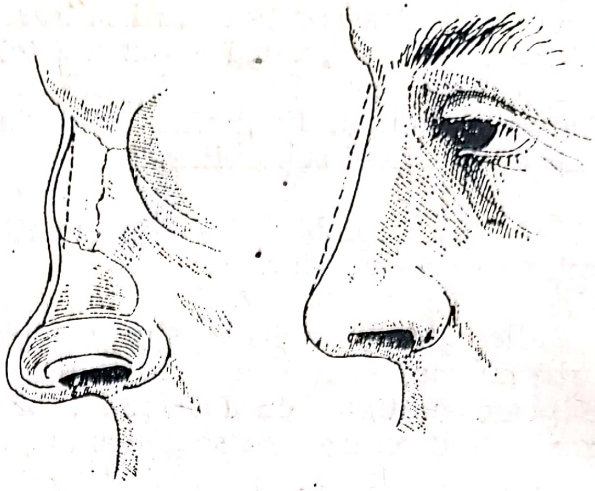


Fig. 101. Corectarea unei depresiuni minor în regiunea cartilaginoasă prin rezecția falsei bose osoase superioare (după Pech)

nasului, ci mai mult pe baza celor doi versanți, către linia de osteotomie laterală, pentru a luxa spre linia mediană lamele mobilizate, ridicînd astfel înălțimea piramidei nazale.

Evoluția postoperatorie : cea obișnuită în intervențiile pe piramida nazală, cu apariția edemelor și a echimozelor, care se retrag după aproximativ două săptămîni.

Tratament postoperator : antibioterapie, supravegherea instalării și dispariției edemelor, administrarea de antihistaminice de sinteză și, eventual, corticoterapie, care grăbesc dispariția edemelor și echimozelor. La nevoie se poate aplica local Lasonil.

Alte genuri de intervenții ce urmăresc corectarea unor displazii minore prin lipsă de substanță care păstrează un suport scheletal — nepermițînd înfundarea piramidei cartilaginoase — folosesc diferite elemente scheletale osteocartilaginoase din regiunile învecinate. Astfel, într-o formă combinată de piramidă nazală, unde în partea inferioară cartilaginoasă există o înfundare, iar din cauza acesteia partea superioară osoasă apare cifotică, Kostiecki recomandă corectarea prin rezecția falsei bose osoase superioare și amplasarea ei în zona inferioară, cartilaginoasă, care prezintă înfundarea. Rezecția poate fi totală sau se lasă o porțiune din partea inferioară a bosei, ce poate fi folosită ca o balama, răsfrîngîndu-o și angajînd-o în regiunea înfundată a piramidei cartilaginoase.

Cînd sîntem puși în situația să corectăm o formă combinată de piramidă nazală în care depresiunea cartilaginoasă este mică și bosa falsă nu este prea mare se excizează numai bosa falsă. Tehnica chirurgicală folosită în aceste cazuri complexe în care pe aceeași piramidă se întîlnesc o lordoză distală și o cifoză proximală este aceea utilizată în hiperplazii nazale ; fragmentul osos excizat va completa lordoza.

Scanned with OKEN Scanner

6.2.3.2. TEHNICA CORECTĂRII LORDOZEI DISTALE PRIN COMPLETAREA CU BOSA PROXIMALĂ REZECATĂ

Indicații : în situațiile în care datorită unei depresiuni nu prea pronunțate în zona cartilaginoasă apare în regiunea proximală o falsă bosă.

Pregătiri preoperatorii : premedicația, spălarea feței, ștergerea cu alcool și tunderea perilor din vestibulele nazale — asemănătoare celor-lalte intervenții.

Instrumentarul : asemănător celui indicat altor intervenții.

Incizia : combinată : transfixiantă și intercartilaginoasă.

Decolarea : cu foarfeca ori bisturiul (lamă mai lungă). Poate fi folosit și un decolator.

Rezecția bosei : cu dalta, sub controlul transtegumentar al policelui și al indexului mîinii stîngi. Ea trebuie să urmeze o direcție obligatorie spre unghiul nazofrontal. După rezecare bosa este scoasă cu o pensă și pusă într-o compresă îmbibată în ser fiziologic călduț.

Răzuirea suprafeței de secțiune osoasă : cu ajutorul unei pile-rașpel, de sus în jos, pentru a antrena spre exterior rumegușul rezultat.

Osteotomia paramediană bilaterală : numai dacă rezecția falsei bose nu a mers pînă la nivelul suturii nazofrontale. Cînd s-a executat, cu o mișcare de lateralitate se dislocă versantul piramidei din sutura nazo-frontală.

Rezecția fragmentelor osoase triunghiulare : cînd rezecția bosei nu s-a făcut pînă la nivelul suturii nazofrontale, cu o pensă ciupitoare fină sînt excizate două fragmente triunghiulare restante din oasele proprii nazale, care împiedică apropierea pe linia mediană a celor doi versanți mobilizați ai piramidei nazale.

Osteotomia laterală : s-a arătat la intervențiile anterioare.

Apropierea celor doi versanți : fie prin presiune digitală, fie cu ajutorul pensei cu brațe plate a lui Duformentel.

Ajustarea fragmentului osos extras : în funcție de dimensiunile și forma cerută de depresiunea distală ce trebuie corectată. Autografa se poate modela fie cu o pensă ciupitoare sau o pilă, fie și cu una și cu alta, pînă i se dă forma și dimensiunile necesare completării depresiunii și creării unei linii continue a dorsului nasului.

Introducerea autografei la locul depresiunii : se prinde autografa cu o pensă și este introdusă — prin incizia intercartilaginoasă — de partea dreaptă și împinsă pînă ocupă depresiunea. Este bine ca înainte

Scanned with OKEN Scanner

să se creeze un fund de sac, în care să se angajeze capătul distal al autogrefei, pentru a avea mai multă stabilitate. De asemenea, pe patul autogrefei pericondrul trebuie să fie răzuit cu ajutorul decolatorului sau al foarfecei.

Suturile. În această intervenție sutura inciziei intercartilaginoase este obligatorie. Se suturează prin puncte mai dese pentru a nu permite autogrefei să pătrundă printre firele de sutură și să se elimine.

Incizia transfixiantă este suturată în ambele vestibule nazale, cu ace curbe fine și mătase subțire, ce conferă mobilitatea columelei.

Evoluția postoperatorie : aceeași ca în celelalte intervenții descrise ; apariția edemelor și a echimozelor — mai mult sau mai puțin accentuate — este în funcție de infiltrația făcută, întinderea suprafeței decolate și de traumatismul operator al celorlalți timpi executați. În cel mult două săptămîni fenomenele locale dispar și după ridicarea atelei nasul apare în forma corectată, suferind în timp o serie de modificări în bine, care desăvîrșesc rezultatul.

Contenția : numai externă, cu atelă de aluminiu sau alt metal, prinsă cu benzi de leucoplast. Nu se face tamponament endonazal.

Pansamentul : în vestibulele nazale, comprese triunghiulare îmbibate în unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină.

Tratamentul : se administrează antibiotice, iar local Lasonil. Eventual, antihistaminice de sinteză.

Un alt aspect de piramidă nazală deformată este acela provocat prin luxația cartilajului patrulater după soclul său, spină nazală-vomer. În acest caz corecția se face fie printr-o modelare a septului nazal, fie prin repunerea cartilajului patrulater pe soclul său, spină nazală-vomer.

În situația nasurilor prea lungi, cu depresiunea în zona cartilaginoasă, corectarea se obține odată cu executarea tehnicii chirurgicale de scurtare a nasului. Cînd depresiunea este în zona distală cartilaginoasă pot fi executate intervenții corectoare nesistematizate, folosind fragmente de cartilaj septal, obținute prin rezecții limitate ale cartilajului patrulater. Fragmentele de cartilaj septal se aplică pe dorsul nasului — după o prealabilă tunelizare — fie sub forma unei lamele unice, fie utilizînd mai multe, suturate între ele (Converse).

Unii autori au imaginat tehnici chirurgicale de corectare a depresiunilor distale situate în regiunea cartilaginoasă a piramidei nazale folosind cartilajele alare și cele triunghiulare. Astfel, Aubry menționează un procedeu numit al *aripii volante,* ce constă în secționarea unei lamele din jumătatea superioară a părții laterale a cartilajului alar pînă la nivelul domului, care apoi este răsfrîntă spre linia mediană, unde se întîlnește cu lamela excizată din jumătatea superioară a părții laterale a cartilajului alar de partea opusă. Vîrfurile acestor două lamele sînt legate cu un fir transfixiant și prinse la nivelul rădăcinii nasului.

Scanned with OKEN Scanner

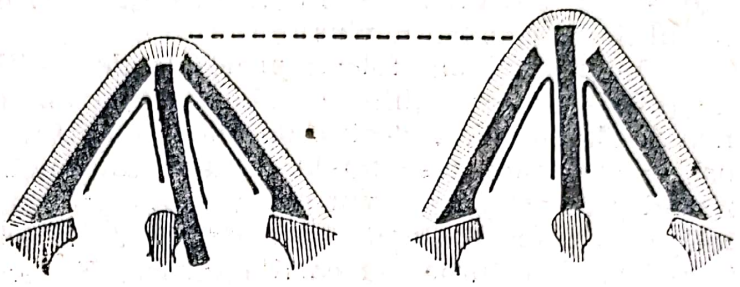


Fig. 102. Corectarea unei depresiuni distale prin repunerea septului pe soclul său (după Pech)

Kazandjian folosește pentru completarea depresiunii tot două lamele excizate din zona superioară a părții laterale a cartilajelor alare, însă le sutureză între ele pe linia mediană. O altă metodă de ridicare a zonei deprimate din regiunea piramidei este cea folosită de Kazandjian și Straith, care suturează cartilajele triunghiulare și alare între ele, după ce în prealabil au fost secționate și apropiate pe linia mediană. Malignac detașează cartilajele triunghiulare din poziția lor normală, le apropie pe linia mediană și apoi le suturează cu cele din partea opusă.

A doua categorie de hipoplazii sînt acelea care — deși prezintă o concavitate accentuată în regiunea mijlocie și superioară, realizînd nasul în șa — dispun de un suport scheletal ce nu permite înfundarea piramidei externe. Corecția unor astfel de displazii nazale nu se poate realiza folosindu-se elemente locale sau din vecinătate. Ele necesită aportul unor resurse provenind fie de la distanță, dar din același corp (autografe), fie de la alt organism omenesc (homografe) ori de la o altă specie (heterografe). Se pot utiliza și elemente inerte, cum sînt protezele (polietilen, acrilic, silicon etc.).

Protezele moderne reprezintă un mare progres față de cele utilizate în secolul trecut și la începutul secolului nostru, ele îndeplinind o serie de calități care le fac mai tolerabile pentru organismul omenesc.

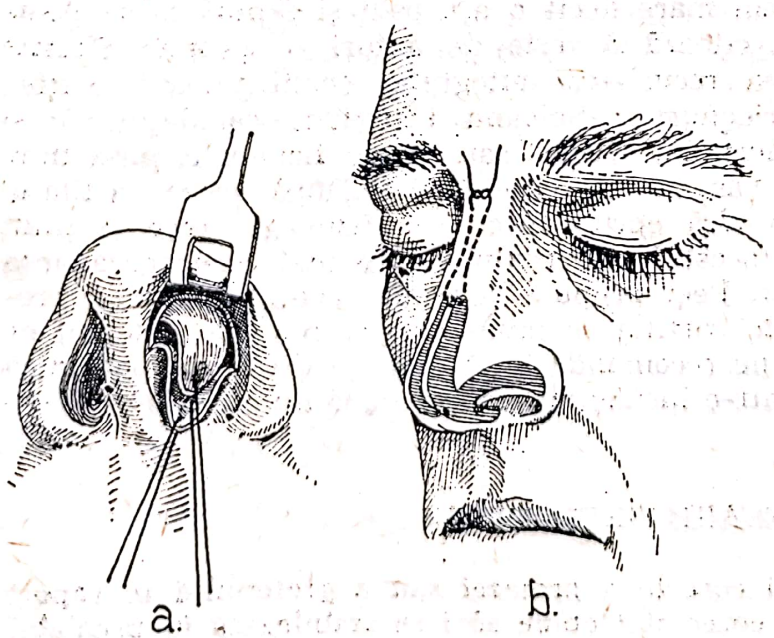


Fig. 103. Procedeul aripii volante (după Aubry):
a, Direcția părții laterale; *b*, Fixarea la rădăcina nasului a lamelor excizate

Ele se pot procura ușor, nu costă mult, pot fi modelate și scutesc bolnavul de o operație în plus.

În general am folosit protezele de acrilic ori de cîte ori bolnavii au refuzat intervențiile de prelevare de autografă osoasă sau cartilaginoasă. Ele au fost destul de bine suportate; întrucît le-am executat orificii pe toate suprafețele, țesutul conjunctiv a pătruns prin acestea, fixînd protezele. Am avut și cîteva cazuri cînd proteza nu a fost suportată și am fost obligați să o extragem și să reintervenim mai tîrziu, introducînd o autografă cartilaginoasă. Nu am folosit niciodată heterografe și nu avem experiență în ceea ce privește tolerabilitatea lor. Sub formă proaspătă nu se întrebuințează, din cauza reacțiilor imunologice pe care le determină. Heterografa conservată nu poate fi socotită grefă (Firică). În ceea ce privește homografa am utilizat-o cu rezultate bune în toate cazurile ce au refuzat prelevarea unei autografe și cînd am dispus de material prelevat de la alți operați (păstrat în frigider la +4 grade în ser penicilinat).

Homografele le-am folosit mai mult la femei, pentru a le scuti de o intervenție și de o cicatrice în plus. De la bărbați am recoltat totdeauna mai mult decît era necesar în cazul respectiv și ceea ce rămînea conservam la frigider în ser penicilinat. Cu toate rezultatele bune obținute în homografe, îndeosebi în cele osoase, se observă rezorbții — mai mult sau mai puțin evidente.

Autografele reprezintă forma ideală de corectare a piramidei nazale cu displazie în minus de substanță. Asupra acestui fapt toți autorii sînt de acord, deoarece nu produc reacții imunologice și rezistă la infecții. Ceea ce este încă controversat se referă la preferința unor chirurgi pentru cartilaj și a altora pentru os. Fiecare din aceste două autografe au avantajele și dezavantajele lor. Cel mai important avantaj pe care îl prezintă osul este acela că face o foarte bună priză pe patul grefei, dar este mai puțin suplu decît cartilajul și greu de modelat, în timp putînd suferi rezorbții.

Cartilajul are și el o serie de dezavantaje, printre care păstrarea unei mobilități pe pat mai mare decît o are osul și faptul că se poate recurba în timp. Firică citează o serie de autori ce propun diferite procedee pentru evitarea recurbării autografei cartilaginoase. Astfel, Barski îndepărtează pericondrul; Seleanu introduce cartilajul într-o eprubetă cu soluție de mertiolat 1/2 500 sau de ser fiziologic, pusă timp de zece minute într-un vas cu apă care fierbe. După aceea cartilajul este scos și introdus în altă eprubetă cu ser fiziologic rece și ținut cincisprezece minute. În acest fel cartilajul nu se mai recurbează, însă se poate rezorbi mai ușor. Peer propune formula cartilajului tocat, pretinzînd că fragmentele de cartilaj se mulează mai bine pe defectul ce trebuie corectat. De Kleine recomandă injectarea cu o seringă puternică a prafului de cartilaj printr-o incizie minimă, metodă numită *Chondrojet*.

6.2.3.3. TEHNICA MODELĂRII GREFONULUI

În scopul modelării corecte a protezei sau a grefonului în raport cu defectul care trebuie corectat trebuie să i se stabilească în prealabil

Scanned with OKEN Scanner

— prin măsurători, desene, modele executate din ceară folosită de stomatologi sau chiar mulaje — forma și dimensiunile, ținînd seama și de faptul că ele se modifică cînd vor fi introduse — prin tunelizare — sub tegumente. Aprecierile acestea se capătă prin experiență, iar în cazul folosirii protezelor trebuie stabilită o colaborare cu tehnicianul care ia măsura și confecționează proteza.

În cazul nasurilor în șa cu suport scheletal ce nu permite înfundarea piramidei la presiunea digitală modelarea se face pe o măsuță de instrumente, acoperită cu un cîmp steril.

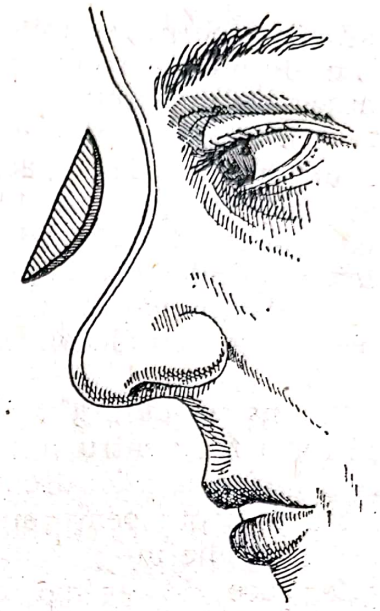


Fig. 104. Nasul în șa și forma autografei sau protezei

Instrumentarul : bisturiu pentru autografa cartilaginoasă ; foarfece ; daltă ; ciocan ; pense ciupitoare ; răzușă ; pilă ; osteotom. În situația că implantarea se face în aceeași ședință cu recoltarea autografa este înfășurată într-o compresă sterilă îmbibată cu ser fiziologic călduț, rămînînd astfel pînă se închide plaga la nivelul locului de unde s-a prelevat.

Proteza se confecționează — după dimensiunile stabilite — înainte de intervenția chirurgicală, avînd pe toate suprafețele mai multe orificii create anume pentru ca țesuturile din jurul locului unde se implantează să trimită prelungiri care să o fixeze cît mai bine. Dacă autografa este osoasă, ea poate fi folosită ca os compact sau sub formă de fragmente osoase mici recoltate din regiunea spongioasă. Noi am utilizat numai os compact și niciodată fragmente mai mici.

Modelarea autografei osoase sau cartilaginoase : cu bisturiul. Forma autografei este în funcție de defectul ce trebuie corectat, dar — în general — are aspect navicular : va fi mai alungită la extremități, dar nu foarte ascuțită, pentru a nu perfora tegumentele. Partea ce va reface dorsul nasului este dreaptă, iar cea care se așază pe patul grefei, convexă în lungime și ușor concavă pe secțiunea transversală. În secțiune autografa are aspect triunghiular, cu baza ce se va așeza pe scheletul nazal, ușor concav. Pe suprafețele autografei cartilaginoase este bine să se creeze mai multe orificii, care vor permite fixarea ei mai bine pe locul grefării, prin pătrunderea de țesut conjunctiv în ele.

Autografa osoasă ce trebuie să corecteze nasul în șa este de aceeași formă pe care am descris-o mai sus. Modelarea ei este însă mai dificilă. Suprafețele și marginile autografei trebuie netezite cu pila înainte de a fi introduse în patul grefei, cu scopul de a nu răni țesuturile în momentul angajării în locul indicat.

6.2.3.4. TEHNICA CORECTĂRII NASULUI ÎN ȘA

Principiul acestei intervenții chirurgicale constă în corectarea unei displazii cu minus de substanță producînd *nasul în șa,* care are un suport

Scanned with OKEN Scanner

scheletal ce nu permite înfundarea piramidei la presiune digitală, prin introducerea între tegumentele nasului și suportul scheletic rămas a unei autografe sau proteze.

Pregătirea preoperatorie. În seara ce precede operația și în dimineața intervenției se administrează o premedicație sedativă. Cu treizeci sau patruzeci de minute înaintea operației este făcută anestezia de bază cu Mialgin. Se spală bine fața cu apă și săpun, insistînd asupra piramidei nazale, și se șterge cu alcool. Sînt tunși perii din vestibulele nazale. Atît înainte, cît și după tunderea perilor vestibulele vor fi tamponate bine cu alcool.

Instrumentarul : specul nazal obișnuit ; specul nazal autostatic ; bisturiu fin pentru mucoase ; bisturiu cu lamă mai lungă, dar nu prea lat ; forfecuțe mici drepte și curbe ; foarfece mari drepte și curbe ; decolator de sept ; pense anatomice cu și fără gheare ; depărtătoare fine cu sau fără gheruțe ; răzușă ori pilă ; ace curbe fine ; portac ; seringi diferite ; ace de seringi diferite ; mătase pentru suturi fine ; comprese sterile.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat, cu fața în sus și cu un săculeț de nisip sub ceafă.

Poziția chirurgilor : operatorul ocupă locul din dreapta bolnavului, iar ajutorul, de partea opusă.

Cîmpul operator. Bolnavul se acoperă cu un cearșaf steril pînă sub bărbie. Partea acoperită cu păr este izolată cu un cîmp steril. Fața și în special piramida nazală se șterg bine cu alcool, acoperindu-se ochii cu comprese sterile. Se aplică apoi un cîmp cu gaură, care acoperă fața lăsînd descoperită numai piramida nazală.

Puncte de reper : unghiul nazofrontal ; lordoza nazală ; vîrful nasului ; columela ; șanțurile nazogeniene.

Incizia : intercartilaginoasă, cu bisturiul fin, în fiecare vestibul nazal, la locul de elecție. Unii chirurgi folosesc inciziile externe, fie la nivelul vîrfului nasului sub formă de *V*, fie longitudinal pe columelă, cînd lordoza nazală este situată mai jos. În cazul unei lordoze nazale mai sus situate mai este folosită incizia în dreptul arcadei sprîncenoase, pe care unii o fac cu concavitatea în jos, iar alții cu ea în sus. Aceste incizii superioare au dezavantajul că nu permit drenajul.

Inciziile externe — deși au avantajul că nu permit contactul patului grefei cu vestibulele nazale, care sînt septice — au marele dezavantaj că sînt vizibile și cicatricele ce le lasă incomodează din punct de vedere estetic. Noi am folosit întotdeauna inciziile vestibulare, care nu ne-au dat nici o infecție, au permis drenajul, o bună așezare a autografei sau protezei în loja creată și nu au lăsat cicatrice exterioare.

Decolarea are ca scop crearea unei loji în care să se angajeze proteza sau autografa la locul cel mai indicat pentru a efectua o corecție

Scanned with OKEN Scanner

bună. Este foarte important felul cum se face decolarea. Ea nu trebuie să fie nici prea întinsă — deoarece se produce o lojă exagerată unde proteza sau grefa se mișcă în voie, permițînd deplasarea ei din poziția corectă și acumularea de sînge care să compromită rezultatul —, dar nici prea mică, întrucît grefa va intra cu greutate, punînd astfel tegumentele în tensiune cu ischemie sau chiar cu necroză consecutivă.

Prepararea patului grefei. Unii chirurgi țin foarte mult ca autografa să fie aplicată pe suprafața osoasă după decolarea periostului sau incizarea și rabaterea acestuia. Alții nu urmăresc acest lucru, dar răzuiesc cu pila ori răzușa zona unde urmează să amplaseze autografa. Noi am executat totdeauna atît decolarea tegumentelor, cît și incizia și reclinarea periostului cu bisturiul cu lamă lungă și îngustă sub control transtegumentar cu policele și indexul mîinii stîngi. Am creat totdeauna în partea inferioară a lojei un fund de sac, cu decolatorul, situat sub nivelul inciziilor intercartilaginoase, în care am angajat extremitatea distală a autografei sau protezei, conferindu-i în acest fel o mai bună fixitate și eliminînd posibilitatea ca — prin presiunea exercitată de atelă — grefonul să pătrundă cu extremitatea distală printre punctele de sutură și să se elimine.

Așezarea și fixarea grefei. Prin incizia vestibulară, care este mai aproape de patul grefei, autografa este introdusă destul de ușor și — dacă loja creată prin tunelizare este potrivită ca dimensiuni și are o orientare corectă — așezarea ei se execută în condiții optime. Extremitatea distală a grefei este angajată în fundul de sac creat anume, pentru a-i conferi mai multă stabilitate. Nu fixăm autografa la patul ei. Alți autori însă o fac cu ajutorul firelor de oțel, la nivelul unghiului nazofrontal.

Imobilizarea protezei sau a autografei o obținem prin crearea fundului de sac distal, confecționarea — pe toate suprafețele — a orificiilor destinate să pătrundă prelungiri din țesuturile vecine, fixînd mai bine autografa, și deperiostarea suportului osos pe care se așază autografa. De asemenea, în vederea fixării autografei ori a protezei un rol foarte important îl are modul cum este aplicată atela metalică.

Sutura. Suturile celor două incizii intercartilaginoase din cele două vestibule nazale sînt obligatorii. Firele trebuie să fie cît mai apropiate, ca să nu permită autografei sau protezei — datorită presiunii exercitate de atelă — să se insinueze printre punctele de sutură și să se elimine.

Pansamentul : comprese triunghiulare îmbibate în unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină, care se extrag după două zile.

Aplicarea atelei metalice. Modul de aplicare a atelei este asemănător celui utilizat în intervențiile chirurgicale descrise. În cazul acesta însă presiunea se va exercita îndeosebi pe dorsul nasului, pentru a ține cît mai strîns în contact autografa cu patul ei. Presiunea lejeră exercitată

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 105. Autografa sau proteza așezată în loja creată

lateral are drept scop să mențină autografa în poziția corectă pe care i-am fixat-o în timpul intervenției. Atela se păstrează timp de aproape două săptămîni.

Evoluția postoperatorie. Ca stare generală, bolnavul suportă bine intervenția. Subfebrilitatea în primele două zile nu trebuie să neliniștească, fiind febră de rezorbție. Cînd temperatura crește și se prelungește în timp trebuie controlat dacă nu s-a instalat o colecție în loja grefei sau un hematom care este pe cale să supureze. Se controlează, cu un stilet butonat introdus printre firele de sutură, preznța sîngelui sau a supurației din loja grefei. Dacă nu se constată nimic este continuat tratamentul cu antibiotice pe cale generală. Edemul și echimozele apar după intervenție și durează aproximativ două săptămîni.

Îngrijiri postoperatorii. Pansamentul local se scoate după două zile. Tratamentul cu antibiotice trebuie prelungit atîta timp cît există temperatură și starea locală ne creează suspiciuni în ceea ce privește evoluția normală. Dacă apare un hematom sau o colecție la nivelul lojei autografei el se drenează prin vestibul, desfăcînd eventual un fir de sutură, și este introdusă local o soluție de antibiotice. În cazul că proteza nu este tolerată trebuie extrasă și se reintervine abia după o perioadă de cel puțin cîteva luni, pentru introducerea — de data aceasta — a unei autografe.

Rezultate. Dacă în cazul corecției nasului în șa cu ajutorul protezei există incertitudini privind suportarea ei în timp, în cel al corecției cu autografele osoase sau cartilaginoase rezultatele sînt bune și durabile.

A treia categorie de hipoplazii nazale sînt acelea apărute în urma unor traumatisme puternice cu fracturi mari ale septului nazal la care s-au executat intervenții cu rezecții întinse ale septului osteocartilaginos, fără să se păstreze anterior o lamă septală menită să susțină vîrful nasului. În aceste displazii, prin minus de substanță, la presiunea exercitată cu indexul mîinii vîrful nasului se înfundă, întrucît nu mai are cartilajul patrulater care să-i servească drept suport. În unele cazuri și septul osos este compromis. Pentru corecție se introduce o piesă autogrefă în formă de *L*, sau două piese protetice articulate perpendicular una pe alta. În acest din urmă caz o piesă se așază pe dorsul nasului, iar cealaltă, mai subțire, este introdusă între cele două lamele mediane ale cartilajelor alare. Piesele protetice sînt articulate prin crearea unei bifurcații. Ea este practicată la extremitatea distală a piesei așezate pe dorsul nasului, în scopul cuprinderii între brațele ei a extremității anterioare a fragmentului columelar. Bifurcația poate fi plasată și la nivelul extremității anterioare a fragmentului columelar, pentru a putea

Scanned with OKEN Scanner

fi angajat capătul distal efilat al fragmentului ce se așază pe dorsul nasului. Este posibilă și crearea unui orificiu la capătul distal al fragmentului de pe dorsul nasului în care se introduce extremitatea anterioară a fragmentului columelar. Autografa cartilaginoasă formată dintr-o piesă unică în formă de *L* este bine să fie recoltată de la nivelul cartilajului costal șase sau șapte, care oferă material (cartilaj) suficient.

6.2.3.5. TEHNICA CORECTĂRII NASULUI LIPSIT DE SUPORT OSTEOCARTILAGINOS

Modelarea autografei. Prelevarea autografei cartilaginoase sau osoase a fost descrisă la capitolul proteze și grefe. De asemenea s-a arătat că protezele moderne confecționate din acrilat, polietilen, silicon etc. sînt destul de bine suportate de organismul omenesc. Pentru stabilirea formei și dimensiunilor protezei sau autografei trebuie făcute măsurători, modele din ceară stomatologică, mulaje și desene. Proteza — dintr-o singură piesă în formă de *L* sau din două piese, articulate — este necesar să fie confecționată de un tehnician dentar. Autografa din cartilaj se modelează cu bisturiul, în formă de *L*, după dimensiunile stabilite anterior. Pentru modelarea autografelor din os este nevoie de un instrumentar mai diversificat : daltă ; ciocan ; osteotom ; răzușă ; pilă. În cazul că refacerea scheletală o dorim sub forma unei singure piese în formă de *L*, atunci piesa trebuie să fie subțire și executată exclusiv din corticala osoasă. Dacă autografa o concepem și o realizăm din două piese, articularea fragmentelor trebuie să fie efectuată într-unul din cele trei moduri descrise. Brown recomandă autografa sub forma unei singure piese în formă de *L*, căreia îi subțiază porțiunea destinată columelei. Deși confecționarea, modelarea și amplasarea sînt mai dificile, autografa în formă de *L* are avantajul că își păstrează mai bine poziția. Unii chirurgi care folosesc osul în refacerea sistemului de susținere a piramidei nazale consideră că autografa — înainte de a încerca introducerea și amplasarea ei — trebuie să fie bine proporționată și minuțios șlefuită, pentru a nu fi nevoie să fie scoasă și repusă de mai multe ori, traumatizînd astfel țesuturile și creînd condițiile apariției unor complicații nedorite.

Amplasarea protezei sau autografei.

Instrumentarul : cel folosit la corectarea *nasului în șa.*

Pregătirea preoperatorie : asemănătoare celorlalte intervenții pe piramida nazală.

Fig. 106. Autografa formată dintr-o singură piesă în *L* (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

Anestezia. Majoritatea chirurgilor o preferă pe cea locală cu clorhidrat de procaină sol. 1% sau xilină 1% adrenalinată.

Incizia. Inciziile care se folosesc în această intervenție sînt variate : endovestibulare — limitate sau mai întinse — externe și intraorale.

Incizia limitată este o incizie mică intercartilaginoasă, situată numai anterior, ce se prelungește puțin anterior cu o schiță de incizie transfixiantă.

Incizia columelară întinsă se face numai de partea dreaptă a columelei, la un nivel apropiat de cel la care se practică incizia transfixiantă. Această incizie unilaterală poate să fie prelungită pe planșeul orificiului narinar, puțin înapoia pragului narinar. La acest nivel Mathews o prelungește cu o incizie verticală, ce secționează pragul narinar (Aubry). În sus i se asociază o incizie intercartilaginoasă, executată de ambele părți, cu scopul de a avea o cale de acces bună pentru o tunelizare pe linia mediană care să permită plasarea autografei în poziția dorită. Această incizie largă permite introducerea unei proteze sau autografe sub formă de piesă unică în *L*.

Inciziile externe, deși permit introducerea fără dificultate a autografei sau a protezei pe linia mediană, prezintă marele dezavantaj că sînt vizibile și inestetice. O astfel de incizie este cea a lui Réthi, modificată de el, în scopul evitării necrozei lamboului în trompă de elefant. Incizia — transversală pe columelă — unește extremitățile inferioare ale celor două incizii vestibulare în regiunea sublobulară, creînd o cale bună pentru tunelizare și introducerea în poziție bună a protezei sau autografei. Are dezavantajul că dă cicatrice vizibilă și inestetică.

Incizia longitudinală externă, situată longitudinal pe linia mediană a subcloazonului, nu permite decît introducerea unei autografe sau proteze în două piese și este vizibilă, creînd o cicatrice inestetică.

Incizia intraorală — folosită de unii chirurgi (Schmidt) — este în formă de *T* răsturnat, cu două componente : una orizontală — de

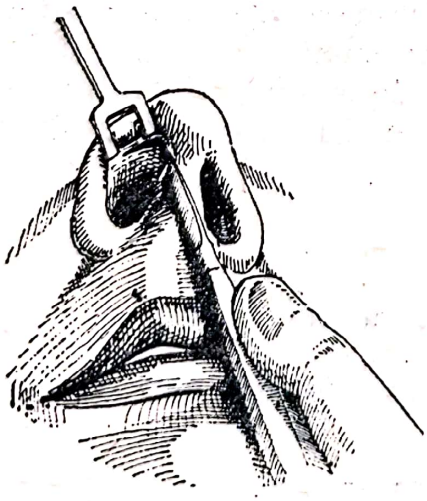


Fig. 107. Incizia limitată) endovestibulară (după Aubry)

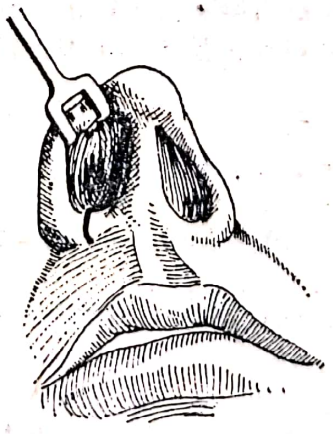


Fig. 108. Incizia lui Matews (după Aubry)

Fig. 109. Introducerea autografei sau protezei (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

3 cm —, iar a doua — de 1 cm — verticală care se trasează din mijlocul primei pe fața internă a buzei.

Prin această incizie intraorală se pune în evidență — cu răzușa — spina nazală anteroinferioară, apoi cu decolatorul este practicată la nivelul lobulului și al dorsului nasului o lojă care face posibilă introducerea protezei sau a autogrefei.

Pregătirea patului grefei. Se răzuiește patul grefei cu o răzușă și — dacă este necesar — se teșește unghiul nazofrontal pentru ca extremitatea superioară a autogrefei să nu proemine la acest nivel.

Introducerea autogrefei sau protezei. Cînd autogrefa sau proteza se compune din două piese acestea sînt mai ușor de așezat în loji. În acest caz trebuie avut în vedere ca articularea celor două fragmente să se facă după modul în care au fost confecționate. Dacă autogrefa ori proteza este formată dintr-o singură piesă în formă de *L* amplasarea în lojă este dificilă, dar suportul este mai solid. Autogrefa (proteza) se așază pe linia mediană și la nivelul indicat.

Suturile sînt obligatorii la nivelul inciziilor intercartilaginoase, cu puncte dese de sutură. Inciziile externe se suturează cu ace fine și fire fine de mătase. Firele sînt scoase după șapte zile.

Pansamentul : pentru inciziile endovestibulare se aplică comprese triunghiulare îmbibate cu unguent de tetraciclină și pulbere de penicilină. Sînt înlăturate după două zile.

Imobilizarea autogrefei sau a protezei : atelă metalică, prinsă cu benzi de leucoplast. Imobilizarea se menține între zece și douăsprezece zile.

Evoluția postoperatorie. Trebuie controlată temperatura cu regularitate. Subfebrilitatea în primele două zile poate fi socotită febră de rezorbție. Cînd febra crește și se prelungește este necesar să se verifice dacă nu există la nivelul lojei autogrefei sau al protezei un hematom pe cale să supureze sau chiar o colecție, ce trebuie drenate. Se sondează cu un stilet butonat, insinuat printre firele de sutură. În cazul că se constată o evoluție normală, tratamentul cu antibiotice este continuat. Edemul și echimozele apar în raport cu întinderea anesteziei și traumatismului operator. În două săptămîni aceste fenomene locale dispar.

Îngrijiri postoperatorii. Pansamentul local este suprimat în a doua zi de la intervenție. Firele se îndepărtează după aproximativ șapte zile. Unii chirurgi le scot chiar mai devreme. Dacă apare un hematom ori o colecție în regiunea sediului autogrefei se drenează prin vestibul, iar la nevoie se poate suprima un fir, introducîndu-se local antibiotice. În situația unei intolerabilități, proteza este extrasă și după o așteptare de cîteva luni se poate încerca o corecție prin autogrefă.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultate. Cînd intervenția a fost corectă, în condiții perfecte de sterilitate, iar autografa s-a conceput și executat bine șansele să obțină rezultate bune sînt maxime și durabile.

6.2.4. TEHNICILE PENTRU CORECTAREA LATERODEVIAȚIILOR PIRAMIDEI NAZALE

Laterodeviațiile piramidei nazale sînt displazii care au într-o foarte mică proporție o cauză congenitală, cele mai multe fiind consecința unui traumatism exercitat dintr-o poziție laterală. În acest din urmă caz, dacă traumatizatul are șansa să ajungă în fața unui chirurg competent în timp scurt, pînă nu se instalează edemul și echimozele, poate beneficia imediat de o rinoplastie reductoare, care este în măsură să repună piramida și septul în poziția normală. Cînd traumatizatul a neglijat să apeleze la asistență medicală calificată fracturile se consolidează vicios, astfel că după dispariția edemelor și echimozelor traumatizatul constată că piramida nazală nu mai este situată pe linia mediană, ci prezintă laterodeviație spre dreapta sau spre stînga. În această situație el nu are altă posibilitate decît să aștepte cîteva luni și numai după aceea să apeleze la un chirurg estetician, care să-i corecteze malpoziția piramidei nazale. De cele mai multe ori laterodeviațiile se însoțesc și de malformații ale septului nazal, care a fost și el interesat de traumatismul provocator al fracturii și devierii piramidei nazale. La examenul obiectiv al unui bolnav cu laterodeviație a piramidei nazale după un vechi traumatism putem constata trei aspecte distincte, care au indicații chirurgicale diferite :

— un nas care prezintă o laterodeviație a piramidei cartilaginoase din cauza unei malformații a septului nazal, care imprimă o abatere de la linia mediană a dorsului nasului ;

— un nas care — în afara malformației septului nazal — manifestă și o laterodeviație a piramidei osoase la care cei doi versanți — deși deviați de la linia mediană — sînt egali ;

— un nas care prezintă o malformație a septului nazal consecutivă traumatismului și asociată cu o laterodeviație a piramidei osoase, ai cărei versanți nu sînt egali, cel opus părții spre care se situează devierea fiind mai lat decît celălalt.

6.2.4.1. TEHNICA CORECTĂRII LATERODEVIAȚIEI PIRAMIDEI CARTILAGINOASE PROVOCATE DE O MALFORMAȚIE A SEPTULUI

Laterodeviația piramidei cartilaginoase provocată de o malformație posttraumatică a septului nazal se corectează printr-o intervenție de septoplastie, urmată de luxația cartilajelor triunghiulare și alare, cu contenția respectivă. Septoplastia poate fi executată extramucos sau subpericondromucos.

Scanned with OKEN Scanner

Septoplastia extramucoasă se face fie folosind pensa Martin — cu care se prinde septul și, printr-o mișcare bruscă, este așezat pe linia mediană —, fie mobilizînd partea anterioară a septului prin : incizie interseptocolumelară ; dezinserția marginilor superioare ale cartilajelor triunghiulare ; incizia bilaterală a mucoasei de-a lungul planșeului și fracturarea cu dalta a septului ; incizia verticală de partea convexă a mucoasei și a cartilajului la unirea cu partea osoasă a septului, menajînd mucoasa din partea opusă ; așezarea septului, eliberat, în plan sagital, corectînd astfel și malpoziția piramidei cartilaginoase ; sutura interseptocolumelară ; tamponament strîns pentru menținerea septului în poziție corectă ; aplicarea unei atele metalice, prinsă cu benzi de leucoplast.

Septoplastia aubpericondromucoasă urmărește decolarea și eliberarea subpericondral, cu modelarea cartilajului septal, repoziția acestuia în plan sagital și — prin tamponament și contrapresiunea externă cu atelă metalică — menținerea în poziția dorită. După executarea septoplastiei — în funcție de conformația septului — se trece la timpul doi al intervenției care constă în luxarea cartilajelor triunghiulare și alare și repunerea lor în poziție normală. Ele se mențin în poziția normală prin tamponamentul endonazal și aplicarea unei atele metalice, fixată cu benzi de leucoplast.

Detamponarea. Tamponamentul supraetajat cu meși îmbibate în oleu gomenolat 1% se scoate după trei sau patru zile.

Ridicarea atelei : la o săptămînă de la intervenție.

6.2.4.2. TEHNICA CORECTĂRII LATERODEVIAȚIEI PIRAMIDEI NAZALE CU SUPRAFEȚELE CELOR DOI VERSANȚI EGALE

Laterodeviația piramidei nazale cu suprafețele celor doi versanți egale se asociază în majoritatea cazurilor cu malformații ale septului nazal, necesitînd o intervenție de septoplastie, care se poate efectua în aceeași ședință și înaintea intervenției de corecție a laterodeviației sau în două ședințe, septoplastia precedînd corecția piramidei.

Scopul intervenției : repunerea piramidei osteocartilaginoase pe linia mediană.

Indicații : în laterodeviații ale piramidei nazale cu suprafețele celor doi versanți egale.

Pregătirea preoperatorie. În seara ce precedează operația se administrează un tratament sedativ. În dimineața intervenției, cu treizeci sau patruzeci de minute înainte, sînt administrate premedicația sedativă și anestezia de bază. Se mai administrează ca medicație hemostatică venostat sau orice alt hemostatic. Fața bolnavului este spălată cu apă și săpun, ștearsă cu alcool și apoi se tund perii din vestibulele nazale.

Scanned with OKEN Scanner

Instrumentarul : bisturiu de mucoasă fin ; bisturiu cu lama mai lungă și nu prea lată ; forfecuțe mici drepte și curbe ; foarfece mare drept și curb ; specul nazal obișnuit ; specul nazal autostatic Palmer ; dălți pentru osteotomia laterală ; decolator de sept ; răzușă lungă și îngustă ; ace curbe ; portac ; pense anatomice cu gheare și fără gheare ; seringi diferite ; ace de seringi diferite ; comprese sterile ; cîmpuri sterile ; pense pentru cîmpuri (raci).

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat, cu fața în sus, avînd sub ceafă o pungă cu nisip.

Poziția chirurgilor : operatorul se situează în partea dreaptă a bolnavului, ajutorul de partea opusă. Sora care instrumentează stă la capul bolnavului.

Cîmpul operator. Bolnavul este acoperit cu un cearșaf steril pînă sub bărbie. Partea acoperită cu păr a capului este prinsă cu un cîmp steril.

Fața bolnavului se șterge cu alcool, ferindu-se ochii cu două comprese sterile. Este aplicat un cîmp cu gaură, care acoperă toată fața, lăsînd descoperită numai piramida nazală.

Puncte de reper : șanțul nazofrontal ; dorsul nasului deviat ; vîrful nasului deviat ; columela deviată ; șanțurile nazogeniene ; o linie dreaptă imaginară ce unește mijlocul șanțului nazofrontal cu mijlocul mentonului.

Anestezia locală. Se anesteziază în primul rînd tegumentele subcloazonului. Sînt infiltrate apoi dorsul nasului pînă la șanțul nazofrontal, introducînd acul prin vestibul, înapoia lobulului și al zonei unde se va efectua incizia intercartilaginoasă. După aceea sînt anesteziate, tot prin vestibul, peretele lateral al vestibulului, regiunea găurii infraorbitare și versanții laterali ai piramidei, precum și unghiul diedru făcut de aceștia cu planurile feței.

Incizia : de ambele părți, la nivelul inciziei clasice intercartilaginoase.

Decolarea. Cu ajutorul unui decolator sau al foarfecei curbe, prin manevra Lagarde, ori chiar al bisturiului cu lama lungă și mai îngustă se decolează tegumentele de pe întreaga piramidă nazală. În continuare sînt decolate mucoasa și pericondrul cartilajelor triunghiulare, periostul apofizelor ascendente ale maxilarului superior și oaselor proprii nazale de pe fața endonazală.

Osteotomia laterală. De ambele părți și la niveluri sensibil egale, în raport cu întinderea laterodeviației piramidei nazale, se face fie osteotomia laterală la nivelul suturii dintre oasele proprii și apofizele ascendente, fie — chiar mai recomandabil — sînt secționate apofizele ascendente cît mai aproape de unghiul diedru pe care acestea îl fac cu planul feței.

Scanned with OKEN Scanner

Osteotomia se execută cu ferăstraele Joseph sau alte tipuri ori cu dalta. Direcția secțiunii este de jos în sus și din afară înăuntru, pînă la nivelul suturii nazofrontale, trecînd pe dinaintea crestei lacrimale. Trebuie evitate lezarea periostului și a mucoasei feței endonazale a apofizei ascendente a maxilarului superior.

Luxarea piramidei nazale din sutura nazofrontală se efectuează prin exercitarea unei presiuni puternice asupra versantului de partea deviată a piramidei folosind rinoclastul lui Joseph, care permite mai ușor dislocarea și luxarea piramidei din sutura nazofrontală și așezarea ei pe linia mediană.

Suturile : fire separate, la nivelul celor două incizii vestibulare.

Pansamentul : cu comprese triunghiulare introduse în vestibulele nazale, menținîndu-se două zile.

Contenția : cu o atelă metalică, fixată cu benzi de leucoplast, interpunînd între ea și tegumente o compresă dublă, în care s-a introdus un strat fin de vată ca să amortizeze presiunea exercitată pe tegumente. Este bine ca atela să aibă marginile acoperite cu o fîșie de leucoplast, pentru a nu tăia tegumentele. Pe lături noi imprimăm o ușoară recurbare în afară a marginilor atelei, tocmai pentru a nu leza tegumentele la acest nivel. Menținem atela aproape două săptămîni, pentru a fi siguri că piramida, prin calusul format, s-a fixat în poziția mediană dorită.

6.2.4.3. TEHNICA CORECTĂRII LATERODEVIAȚIEI PIRAMIDEI NAZALE CU SUPRAFEȚELE CELOR DOI VERSANȚI INEGALE

În această a treia formă de laterodeviație a piramidei nazale septul este și el interesat, prezentînd malformații de aspecte variate, care trebuie corectate fie în aceeași ședință și precedînd intervenția de corecție a laterodeviației piramidei, fie în ședințe separate, prima fiind septoplastia.

Scopul intervenției : repunerea pe linie mediană a piramidei nazale prin rezecția unui fragment osos triunghiular de pe versantul opus părții spre care este îndreptată laterodeviația piramidei nazale.

Indicații : în laterodevierile piramidei nazale la care una din suprafețele celor doi versanți, opusă părții spre care s-a produs devierea, este mai mare decît cealaltă.

Timpii operatori ai intervenției sînt identici cu cei expuși în intervenția precedentă, exceptînd osteotomia laterală.

Osteotomia laterală : se începe cu partea versantului avînd suprafața mai mare.

Scanned with OKEN Scanner

Osteotomia se execută cu ferăstrăul sau dalta, sub forma a două secțiuni care delimitează o suprafață triunghiulară, plasîndu-i vîrful la nivelul suturii nazofrontale, iar baza — la cel al aperturii piriforme. Liniile (două) de secțiune trebuie practicate în felul următor : una în dreptul suturii oaselor proprii cu apofiza ascendentă a maxilarului superior, iar cealaltă, pe suprafața apofizei ascendente, nivelul la care se execută fiind în raport cu accentuarea laterodeviației și diferența dintre suprafețele celor doi versanți. Cu o pensă se extrage suprafața osoasă excizată. De partea opusă se execută osteotomia simplă pe o singură direcție, din afară înăuntru și de jos în sus, pînă la nivelul suturii nazofrontale. Trebuie evitată lezarea periostului și a mucoasei suprafeței endonazale a apofizei ascendente.

Luxarea piramidei din sutura nazofrontală : ca și la intervenția expusă anterior, prin apăsarea cu policele a versantului de partea deviată sau cu ajutorul rinoclastului lui Joseph.

Suturile, pansamentul și contenția : identice intervenției de mai înainte.

În ceea ce privește contenția, unii chirurgi propun să se facă hipercorecție. Alții sînt de părere că dacă s-a executat o corectă septoplastie și rezecția triunghiulară din versantul cu suprafața mai mare a fost suficientă contenția în poziția normală, efectuată de la început dă rezultate estetice bune.

Am expus posibilitățile de rezolvare chirurgicală a trei aspecte diferite de laterodeviații ale piramidei nazale. În foarte multe cazuri întîlnim un alt aspect ce se poate adăuga, și anume nasul prea lung. În aceste situații atitudinile chirurgicale sînt două : fie că după executarea repoziției în forma normală pe linia mediană a piramidei nazale se face și scurtarea ei după tehnica expusă anterior, fie că pentru scurtare se așteaptă aproximativ trei luni și după aceea se intervine.

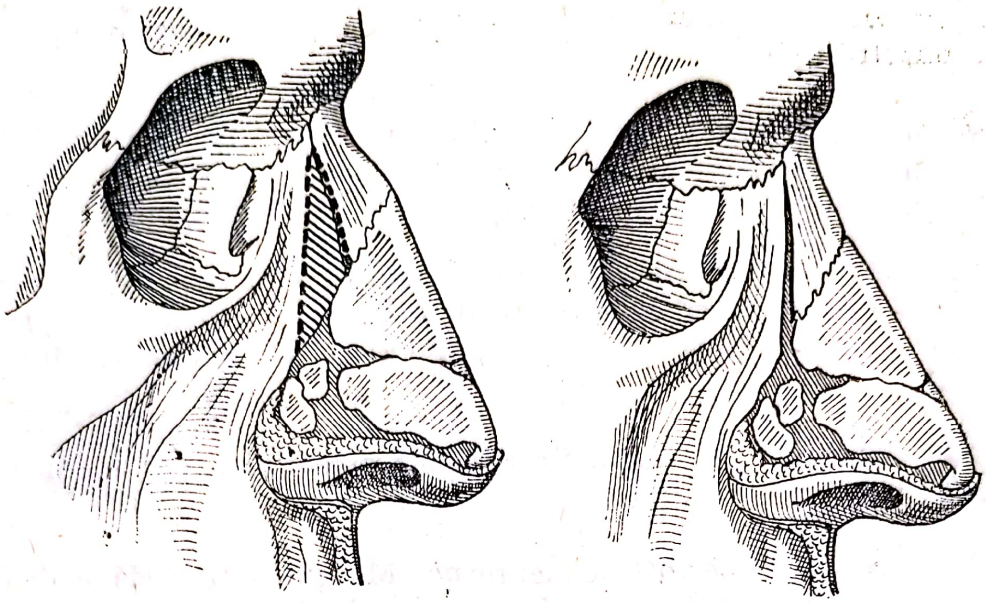
Evoluția postoperatorie : cea descrisă la celelalte intervenții asupra piramidei nazale. Ca stare generală, subfebrilitatea în primele două zile, fiind socotită febră de rezorbție, nu are importanță. Cînd această subfebrilitate se prelungește și local totul merge bine trebuie să suspectăm apariția unei viroze ce ne poate crea mari griji, cînd nu ne gîndim la ea sau nu o identificăm după celelalte manifestări clinice.

Edemul și echimozele apar în mod constant și dacă bolnavul este avertizat nu se mai neliniștește.

După ridicarea atelei bolnavul se simte foarte bine nu numai local, dar și psihic, fiind mai optimist, îndeosebi cînd i se explică că rezultatul postoperator se ameliorează în cîteva luni.

Îngrijiri postoperatorii. Se administrează antibiotice pe cale generală în ziua intervenției și cîteva zile după aceea, controlîndu-se cu regularitate temperatura și examinînd zilnic sau de două ori pe zi modul cum evoluează starea locală. Mai sînt recomandabile antihistaminicele de sinteză și, eventual, corticoterapia, care grăbesc rezorbția edemului și echimozei.

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 110. Corectarea laterodeviației piramidei nazale cu cei doi versanți inegali:
a. Linia de secțiune a surplusului de os; *b*. Triunghiul osos rezecat.

Pansamentul endovestibular se scoate după două zile; firele de sutură, a șaptea sau a opta zi.

Local este bine să fie aplicat Lasonil, care grăbește rezorbția edemului și a echimozelor.

Contenția cu atelă metalică fixată cu benzi de leucoplast se păstrează aproape două săptămîni, pentru a avea certitudinea formării calusului și a feri operatul de lovituri ori alte influențe nocive la nivelul piramidei operate.

Spitalizarea este obligatorie, întrucît bolnavul trebuie supravegheat zilnic de operator și personalul mediu. Sînt contraindicate schimbările bruște de temperatură și, mai ales, frigul.

După externare operatul trebuie supravegheat, fiind chemat la control din timp în timp, pentru a se verifica modul cum evoluează. Este necesar să fie încurajat, arătîndu-i-se că pe măsură ce timpul trece rezultatul postoperator se îmbunătățește.

6.2.4.4. TEHNICA CORECTĂRII LATERODEVIAȚIEI PIRAMIDEI NAZALE CU SUPRAFEȚELE CELOR DOI VERSANȚI INEGALE DESCRISĂ DE AUBRY

Prin această tehnică se practică o osteotomie paramediană bilaterală; triunghiul osos din versantul cu suprafața mai mare este rezecat printr-o cale de abord vestibulară. Cînd rădăcina nasului este prea groasă și nu se lasă eliberată prin osteotomia înaltă, atunci se recurge la procedeul Mosher: la nivelul suturii nazofrontale se plasează — direct pe tegumente — o daltă cu lama îngustă, dar bine ascuțită;

Scanned with OKEN Scanner

cîteva lovituri de ciocan sînt suficiente să disloce oasele proprii din sutura nazofrontală.

Scopul intervenției : corectarea laterodeviației unei piramide nazale care are unul din versanți, și anume cel opus direcției spre care este deviația, mai mare, repunînd-o în poziția normală, pe linia mediană.

Inciziile. De partea versantului mai mare incizia se face în vestibulul gingivolabil, ca în intervenția pentru sinuzită maxilară — procedeul Denker. De partea opusă se incizează endovestibular (incizia intercartilaginoasă).

Osteotomia paramediană. Se practică osteotomia paramediană bilateral după metoda obișnuită.

Decolarea și deperiostarea externă. Marginea laterală a orificiului piriform fiind descoperită, cu răzușa sînt decolate și deperiostate fața externă a apofizei ascendente a maxilarului superior și cea a osului propriu nazal de aceeași parte.

Decolarea și deperiostarea internă. Se insinuează cu decolatorul între rebordul orificiului piriform și periostul și mucoasa nazală și este degajat de periost și mucoasă peretele lateral al fosei nazale în partea anterioară.

Rezecția fragmentului osos triunghiular. Se rezecă o suprafață triunghiulară, a cărei bază corespunde marginii libere a orificiului piriform, iar vîrful — suturii fronto-nazo-maxilare (Aubry). Rezecția se face cu un ferăstrău, o daltă sau o pensă ciupitoare de os fină.

Osteotomia de partea opusă. Osteotomia laterală de partea opusă este practicată pe cale endonazală, așa cum se face în mod clasic.

Osteotomia înaltă : prin dislocarea articulației nazofrontale, presînd puternic cu degetele. Mai este posibilă folosind pensa cu brațe plate a lui Dufourmentel sau rinoclastul lui Joseph. Dacă nasul deviat are o rădăcină prea groasă, care nu se lasă mobilizată prin procedeele arătate, atunci se recurge la metoda indicată de Mosher : plasarea la nivelul suturii nazofrontale, direct pe tegumente, a unei dălți înguste, dar bine ascuțite ; după cîteva lovituri de ciocan cei doi versanți ai piramidei nazale se dislocă din sutura nazofrontală și pot fi repuși pe linia mediană. Această manevră nu lasă nici o urmă vizibilă și nu necesită nici o sutură.

Evoluția postoperatorie : asemănătoare cu cele descrise la celelalte tehnici.

Tratamentul postoperator și îngrijirile postoperatorii : identice cu cele arătate la tehnicile chirurgicale descrise anterior.

Scanned with OKEN Scanner

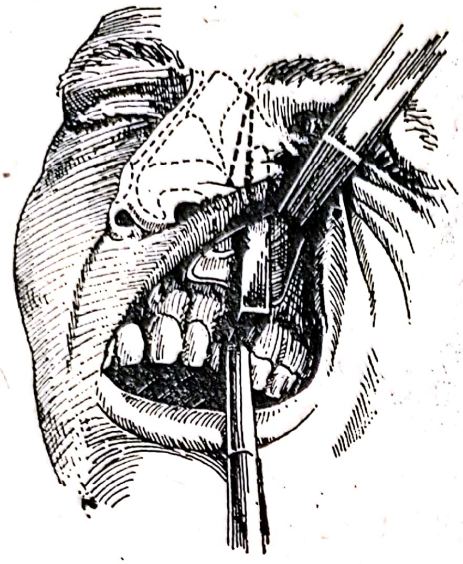


Fig. 111. Nas foarte deviat. Calea de acces vestibulară a lui Aubry și Sénéchal (după Aubry)

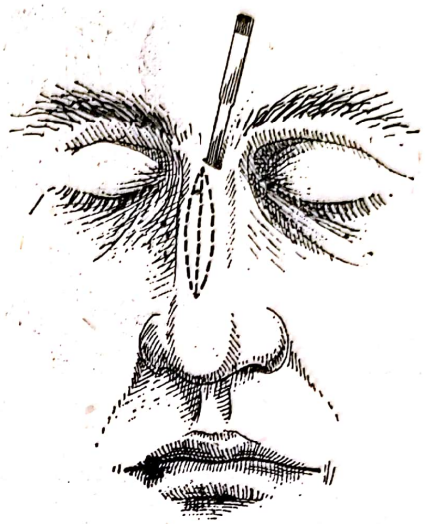


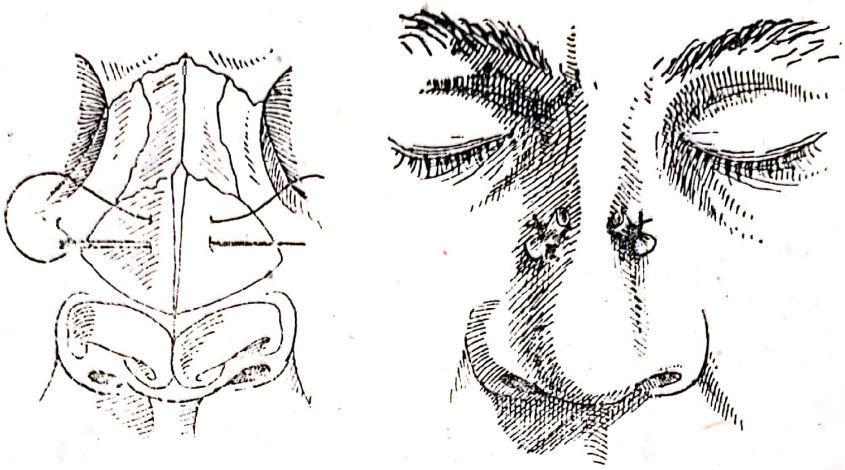
Fig. 112. Nas deviat (după Aubry) Osteotomia frontală prin secțiunea suturilor frontonazale

6.2.4.5. VARIANTE ALE TEHNICILOR DE CORECȚIE ALE LATERODEVIAȚIILOR PIRAMIDEI NAZALE

În cazul laterodeviațiilor piramidei nazale cu un versant mai mare decît celălalt, Brown folosește o metodă asemănătoare cu cea descrisă de Joseph, rezecînd un triunghi osos din versantul mai lat, după ce a executat o decolare mucoperiostală internă și o deperiostare externă. Cînd piramida laterodeviată prezintă și o cifoză propune rezecția inegală a cifozei, amputînd mai mult din partea opusă direcției în care este deplasată piramida și apoi — prin osteotomii laterale și înalte — apropie versanții și repune piramida pe linia mediană.

Converse stabilește două categorii de laterodeviații. Unele simple, ce nu interesează dorsul nasului, și altele care au asociate o cifoză nazală sau un nas prea lung. Pentru laterodeviațiile din prima categorie decolează mucoasa septală fără să o lezeze, dezinseră cartilajul patrulater de cele triunghiulare, apoi procedează la osteotomia paramediană și osteotomia laterală de ambele părți, după care repune piramida în poziție normală. În cazul laterodeviațiilor asociate cu cifoză și nas prea lung recomandă rezecția inegală a bosei, urmată de osteotomiile laterale și înalte, și numai în caz de nevoie, discizia oaselor proprii restante, după ce mobilizează piramida și o repune pe linia mediană. Dacă este nevoie execută și septoplastia. În situația în care este obligat să facă o rezecție totală a septului Converse conservă două fragmente din cartilajul patrulater, pe care le introduce suprapuse sub dorsul nasului și apoi le suturează la piele (Firică). Pentru a evita o probabilă depresiune execută o sutură între cartilajele triunghiulare și sept.

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 113. Sutura cartilajelor triunghiulare cu septul nazal

Deneke face, după caz, o rezecție triunghiulară sau a unei lamele osoase din versantul mai mare, situată fie la partea cea mai joasă a versantului, fie la nivelul dorsului nasului.

Joseph a imaginat o tehnică ce a fost puțin modificată de Lautenschläger și care — preluată de Fomon și Sepcer — este folosită de unii chirurgi cu rezultate bune. Metoda constă din rezecția unei lame triunghiulare osoase din versantul mai mare, avînd baza la orificiul piriform și vîrful la nivelul suturii nazofrontale, și transplantarea ei în partea opusă, într-o lojă interperiostală.

Au mai fost descrise și alte variante ale tehnicilor de corectare ale laterodeviațiilor piramidei nazale, toate avînd elemente comune esențiale, ca mobilizarea versanților prin osteotomii laterale și înalte și micșorarea versantului mai mare, pentru ca prin repunere în poziții normale să constituie o piramidă care să se armonizeze cu restul figurii. Diferențele constau în căile de acces, ce pot fi diferite (Aubry), sau instrumentarul folosit (Jost, Mosher și alții). Deși tehnicile de corecție a laterodeviațiilor piramidei nazale pot fi socotite ca cele mai laborioase, mai ales că ele, de cele mai multe ori, se asociază cu septoplastii, unde se cere multă imaginație și experiență, se pot executa în condiții de reușită foarte bune, aceasta depinzînd de experiența chirurgului, de dotarea corespunzătoare în instrumentar și aparatură, precum și de colaborarea strînsă cu bolnavul.

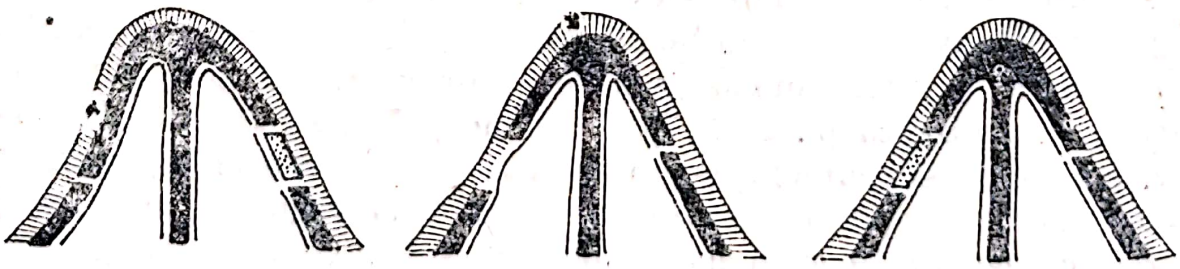


Fig. 114. Corectarea laterodeviației piramidei nazale (după Sercer). Tehnica lui Joseph preluată de Fomon și Sercer

Scanned with OKEN Scanner

6.2.5. TEHNICILE DE CORECTARE A DISPLAZIILOR BLOCULUI MOBIL

Piramida nazală are trei zone bine distincte, care — structural — se deosebesc între ele, fapt ce le face ca displaziile pe care le prezintă să beneficieze de intervenții corectoare diferite sau asociate, în raport cu forma dismorfiei. Partea superioară a nasului are un schelet osos ce nu-i permite nici mișcări active nici pasive. Partea mijlocie, formată din cartilaje triunghiulare, susținute pe linia mediană de cartilajul patrulater, este semirigidă, fiind formată dintr-un schelet cartilaginos imobil, dar căreia i se pot imprima slabe mișcări de lateralitate cu indexul și policele. Partea inferioară sau așa-zisul bloc mobil (Aubry) cuprinde aripile nasului, cu cele două părți pe care le prezintă fiecare, părțile laterale și părțile mediale ; acestea din urmă — prin acolarea lor — alcătuiesc columela, iar domurile cartilajelor alare — lobulul nasului.

Partea extremității inferioare a piramidei nazale prezintă atît o mobilitate pasivă, pe care i-o putem imprima în toate direcțiile cu indexul și policele, cît și o mobilitate activă, ce i-o conferă musculatura. Astfel, mușchiul transversal al nasului produce o aplatizare a aripilor nasului, micșorînd orificiile narinare ; mușchiul mirtiform coboară aripa nasului și strîmtează narinele ; mușchiul dilatator al narinelor este antagonist mirtiformului, el lărgind transversal narinele ; mușchiul ridicător comun al aripii nasului și buzei superioare produce ridicarea aripilor nasului și a buzei superioare. Așadar denumirea de *bloc mobil* dată de Aubry își găsește justificarea în structura anatomică și rolul funcțional pe care îl are. La acestea trebuie să adăugăm importanța din punct de vedere estetic ce o are un bloc mobil bine armonizat cu întreaga piramidă nazală și cu ansamblul figurii. Numărul mare de intervenții corectoare descrise în literatura de specialitate subliniază rolul important al blocului mobil în conformația piramidei nazale, dar în același timp scoate în evidență imperfecțiunile tehnicilor chirurgicale, care nu în toate cazurile reușesc să realizeze corecții corespunzătoare.

Majoritatea autorilor stabilesc trei categorii de tehnici chirurgicale care corectează : displaziile lobulului nazal ; displaziile columelei ; conformația aripilor nasului.

Unele din inciziile ce se folosesc în chirurgia corectoare a blocului mobil sînt ascunse, fiind executate înăuntrul vestibulelor nazale, altele vizibile, deoarece se practică la exterior, creînd o cale bună de acces spre cartilaje.

• Inciziile endovestibulare

Inciziile endovestibulare nu sînt altceva decît derivații din inciziile consacrate (intercartilaginoasă și transfixiantă).

Incizia în mîner de căldare : se execută după ce incizia transfixiantă și intercartilaginoasă au fost efectuate, prin trasarea unei a treia incizii paralelă cu cea intercartilaginoasă, dar situată imediat deasupra rebordului narinar, adică urmînd marginea inferioară a cartilajelor alare. Se

Scanned with OKEN Scanner

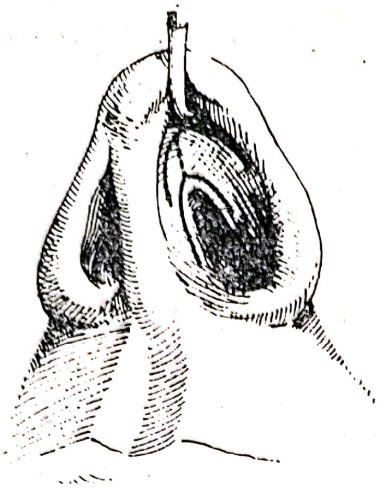


Fig. 115. Incizia în mîner de căldare (după Aubry). Punctat apare linia care va fi incizată pentru a se crea lamboul lui Safian

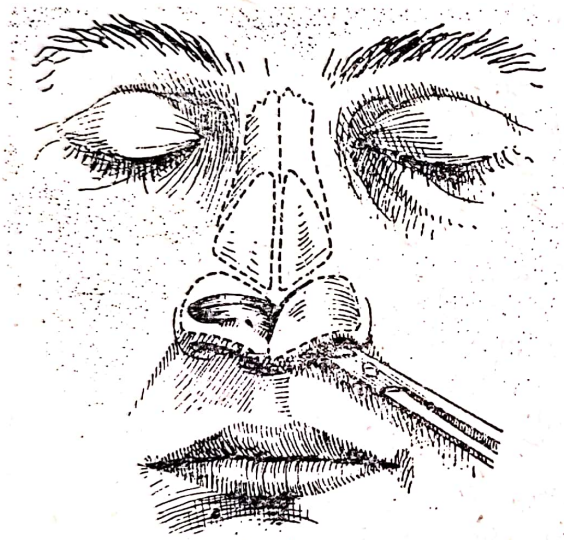


Fig. 116. Decolarea feței superioare a domului pe cale retrogradă trecînd prin incizia intercartilaginoasă de partea opusă

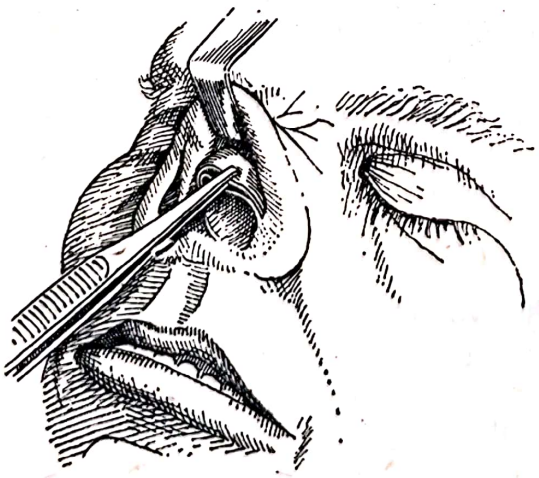


Fig. *117.* Degajarea lamboului în mîner de căldare a aripii nazale (după Aubry)

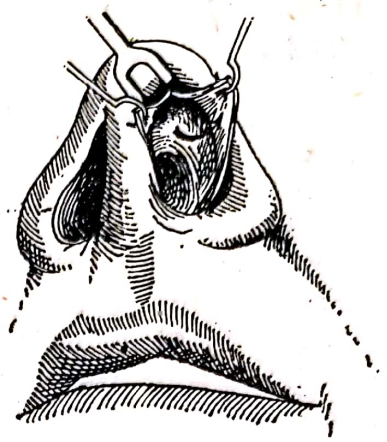


Fig. 118. Incizia verticală a domului (după Aubry)

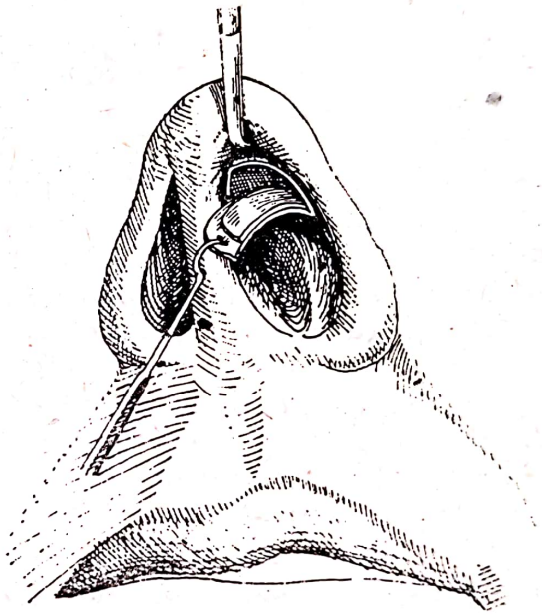


Fig. 119. Incizia combinată (după Aubry)

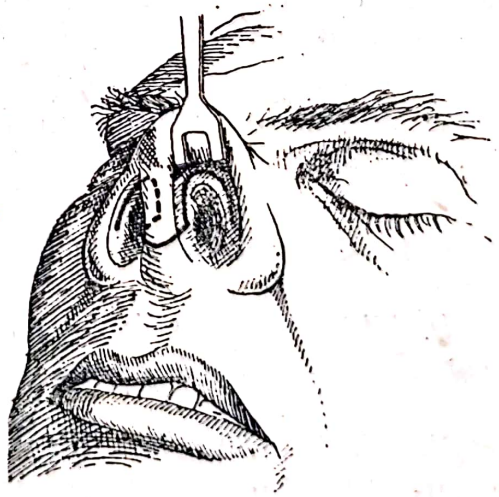


Fig. 120. Incizia în trompă de elefant (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

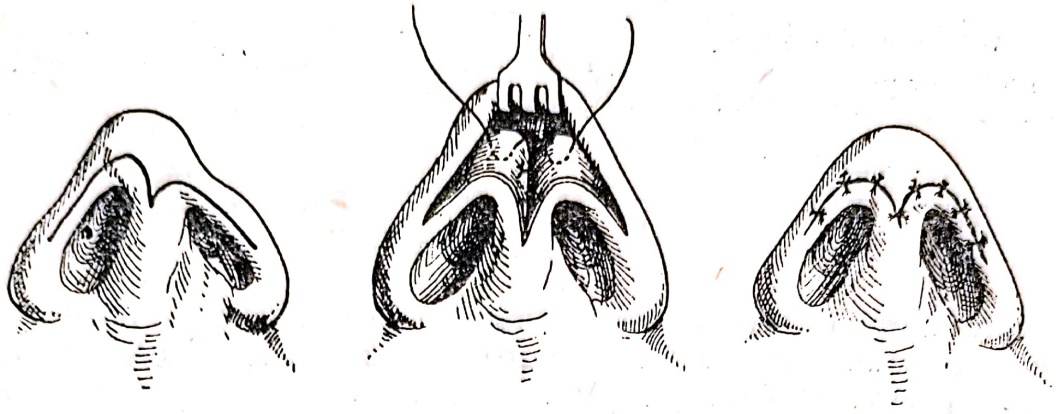


Fig. 121. Incizia în aripi de pasăre (după Aubry)

trece apoi la decolarea cartilajelor alare de pe planul cutanat, pe cale retrogradă, introducînd vîrful unei foarfece prin narina de partea opusă. Pornind de la nivelul inciziei intercartilaginoase, situată superior, se face decolarea, cu foarfeca, pînă la incizia inferioară, plasată deasupra marginii narinare. În felul acesta partea laterală a cartilajului alar cu domul și o porțiune din partea medială a cartilajului alar, fiind trase în jos, au aspectul unei toarte de căldare. Prin această incizie se obține o cale bună de acces asupra întregii zone a cartilajelor blocului mobil.

Incizia verticală a domului este practicată după ce s-au efectuat incizia transfixiantă și inciziile intercartilaginoase bilateral, cu decolarea retrogradă a cartilajelor alare, așa cum s-a făcut în cazul inciziei în mîner de căldare. Nu se mai practică însă o incizie la nivelul marginii inferioare a cartilajelor alare, ci se execută o incizie verticală scurtă, a cartilajului alar, în dreptul domului. Ea pornește de la punctul de unire între inciziile transfixiantă și intercartilaginoasă și se întinde pînă la aproximativ 3 mm de rebordul narinar.

Incizia combinată. După ce s-a efectuat incizia în mîner de căldare se unesc — printr-o incizie perpendiculară — cele două incizii paralele. Se obțin două lambouri dreptunghiulare : unul extern, care cuprinde partea laterală a aripii nasului, și altul intern, compus din extremitatea superioară a părții mediale a cartilajului alar.

- *Inciziile externe*

Incizia în trompă de elefant constă dintr-o incizie endovestibulară, situată la 2—3 mm deasupra marginii narinare de ambele părți, ale căror extremități mediane sînt reunite printr-o incizie situată la nivelul unghiului nazolabial. Prin decolare se ridică un lambou sub formă de trompă de elefant, ce dă o cale bună de acces asupra domurilor.

Incizia lui Réthi. Réthi execută incizia transversală menționată la incizia în trompă de elefant, în regiunea sublobulară, pentru a evita necroza lamboului prea lung.

Scanned with OKEN Scanner

Incizia în aripi de pasăre, recomandată mai mult în corectarea displaziilor nazale asociate cu buză de iepure, urmează în afară marginea narinară, la cîțiva milimetri deasupra.

6.2.5.1. TEHNICILE CHIRURGICALE PENTRU CORECȚIA DISPLAZIILOR LOBULULUI NAZAL

Literatura de specialitate distinge — în general — două genuri de tehnici : unele care se fac prin rezecții executate la diferite nivele, iar altele, prin remanieri anatomice.

6.2.5.1.1. **Tehnici care corectează prin rezecții cartilaginoase**

În hipertrofiile globale ale cartilajelor alare incizia se poate face fie ascunsă, folosind incizia în toartă de găleată, fie marginală, prin care se decolează domul și partea laterală a cartilajului alar (Converse). După decolarea tegumentelor externe ale domurilor și părților laterale ale cartilajelor alare se execută decolarea limitată a suprafețelor cutanate endovestibulare, pentru ca rezecția cartilaginoasă să nu intereseze suprafețele cutanate endovestibulare corespunzătoare.

Rezecțiile cartilaginoase mai frecvente în aceste forme de displazii sînt așa-numitele rezecții în crosă de hochei, care constau în rezecția unei lamele verticale cartilaginoase din dom, asociată cu rezecția unei lamele din partea superioară a cartilajelor alare, paralelă cu marginea superioară a acestora.

Un alt gen de rezecții la nivelul cartilajelor alare îl constituie rezecția unei lamele verticale din dom, ce va fi situată chiar în mijlocul domului în cazul nasurilor globuloase, sau mai către partea medială a cartilajului alar, cînd dorim să coborîm un vîrf prea ridicat al nasului.

În situația unor aripi nazale lungi se rezecă o lamelă din partea superioară a cartilajelor alare, de mărimi diferite, în raport cu cerințele, lamela rezecată fiind paralelă cu marginea superioară a cartilajelor alare. Nu mai este nevoie de incizia în mîner de căldare, deoarece nu este necesară o rezecție verticală din cartilajele alare.

În toate cazurile este bine ca rezecția să fie numai cartilaginoasă, conservîndu-se tegumentele endovestibulare pentru a evita cicatricele nedorite.

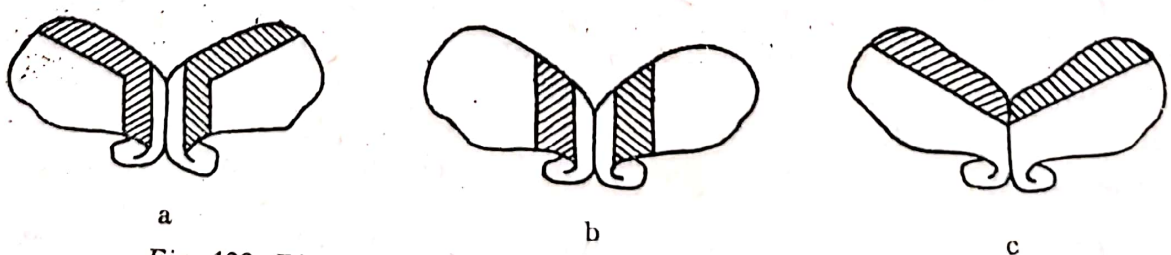


Fig. 122. Diverse rezecții ale cartilajelor alare (după Aubry):
a. Rezecția în crosă de hochei; *b*. Rezecția verticală a domului; *c*. Rezecția unei lamele din partea superioară a părții laterale a cartilajelor alare.

Scanned with OKEN Scanner

Alți autori practică rezecția unei lamele de la nivelul domului, păstrînd o bandă marginală distală care să permită menținerea formei arcuite a rebordului narinar (Fomon, Brown, Aufrich, Becker și alții).

6.2.5.1.2. Tehnici care corectează prin remedieri anatomice

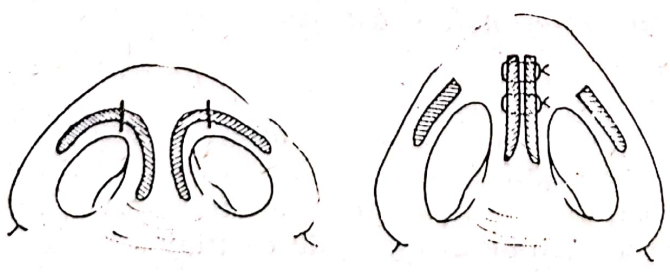
- *În cazul unui lobul lat și turtit*

Incizia : bilateral, în toartă de căldare. Converse practică o incizie marginală, prin care abordează și face decolarea domului de tegumentele externe.

Decolarea. Cu foarfecele, pătrunzînd în vestibulul opus la nivelul inciziei intercartilaginoase, se execută decolarea domului alar de ambele părți, avînd în atenție ca ea să se întindă și spre partea medială a cartilajelor alare, excizînd din țesutul în exces ce le separă, în porțiunea în care acestea se recurbează în afară, pentru a participa la formarea domului.

Secționarea cartilajului : transversal, la nivelul domului, împreună cu tegumentele ce îl acoperă pe suprafața endovestibulară. Nivelul la care se execută secțiunea este în raport cu cît dorim să ridicăm vîrful nasului. Dacă se ridică mai mult, atunci practicăm secțiunea cutaneocartilaginoasă în dreptul domului ; cînd se urmărește o ridicare mai mică a vîrfului, secțiunea este făcută spre partea medială a domului. Converse menajează pielea endovestibulară și rezecă lamele înguste, din cartilajele alare.

Alăturarea și suturarea părților mediale ale cartilajelor alare. După secționarea verticală a cartilajului părțile mediale ale cartilajelor alare, care au fost detașate de restul domului sînt alăturate și suturate cu două puncte de sutură. Prin alăturare și suturare cele două părți mediale ale cartilajelor alare ridică vîrful nasului și-l mai îngustează. Sînt suturate apoi și celelalte incizii.



a b

Fig. 123. Lobul lat și turtit (după Aubry):
a. Secțiunea cartilajelor alare vertical la nivelul domului.
b. Alăturarea și suturarea părților mediale ale cartilajelor alare;

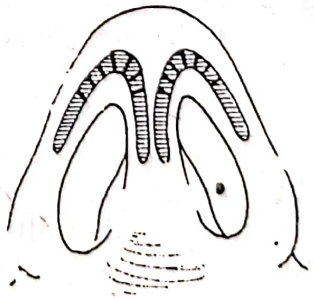


Fig. 124. Nas cu lobulul lat căruia i s-au efectuat incizii verticale paralele la nivelul domului

Scanned with OKEN Scanner

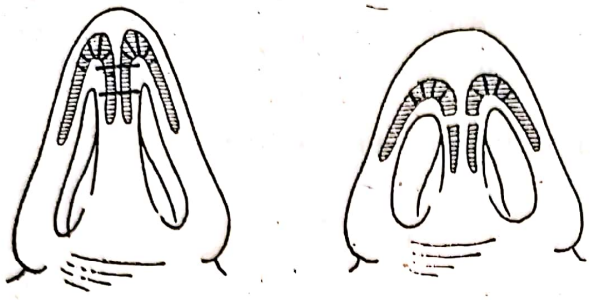


Fig. 125. Vîrful nasului prea înalt și ascuțit (după Aubry)
Excizarea fragmentelor din partea anterioară a părții mediale a cartilajelor alare și incizii verticale ale domnului

• *În cazul unei displazii a lobulului care este lat dar nu turtit*

Incizia : în toartă de căldare.

Decolarea. Se practică decolarea feței externe a cartilajelor alare la nivelul domurilor, pătrunzîndu-se cu foarfecele prin incizia intercartilaginoasă din partea opusă eliberîndu-le de tegumentele externe.

Inciziile verticale la nivelul domurilor. Cu un bisturiu fin, se fac o serie de secțiuni verticale și paralele ale cartilajelor la nivelul celor două domuri. În aceste cazuri tegumentele endovestibulare nu se secționează. După secționare, cei doi versanți ai ambelor domuri se apropie, îngustînd lobulul și înălțînd în același timp vîrful nasului.

Suturile părților mediale ale cartilajelor alare nu sînt obligatorii ; ele se pot face după caz, pentru a ridica vîrful nasului. Sînt suturate inciziile transfixiantă, intercartilaginoase și marginale inferioare cu multă atenție.

Contenția. Cu o atelă de metal se poate menține într-o poziție bună cartilajul secționat al domului, pentru a lua forma mai îngustă pe care o dorim. Se obține astfel o mărire în lungime a părților mediale ale cartilajelor alare și se îngustează în același timp lățimea domurilor și, deci, implicit și a lobulului.

Pansamentul : comprese triunghiulare, înbibate cu unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină, în ambele vestibule narinare ; sînt scoase după două zile.

• *În cazul nasurilor cu vîrful prea înalt și ascuțit*

Incizia : în toartă de căldare.

Decolarea. Se pătrunde cu o foarfecă prin incizia intercartilaginoasă din partea opusă și sînt decolate tegumentele de pe fața externă, a cartilajelor domului și pe o porțiune — mai mult sau mai puțin întinsă — de pe partea anterioară a părților mediale ale cartilajelor alare.

Rezecția cartilajelor la nivelul părților mediale. Se excizează cîte un fragment, egal de ambele părți, din partea anterioară a părților mediale a cartilajelor alare, în funcție de cazul respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

Secționarea la nivelul domului. Sînt practicate o serie de secționări ale domului — verticale și paralele —, fără ca tegumentele vestibulare să fie interesate.

Suturile : transfixiantă, intercartilaginoase și marginale inferioare.

Rezultate. După executarea suturilor nasul apare cu vîrful mai coborît și nu așa ascuțit cum se prezenta anterior.

Trebuie să atragem atenția că în cazul unor nasuri prea ascuțite și cu vîrful mult ridicat inciziile insuficient de bine gîndite pot provoca o complicație redutabilă : aspirația aripilor nasului (Aubry). Pentru evitarea unei asemenea complicații neplăcute Dufourmentel implantează — la nivelul aripii nazale — cartilaj recoltat din concă. Aubry recomandă introducerea unei lamele de cartilaj între cele două domuri.

• *În cazul lobulului bifid*

Incizia : în mîner de căldare endovestibulară (cum o recomandă Aubry), mai ales cînd sînt și alte corecturi concomitente de făcut, sau externă, de-a lungul liniei mediane a columelei.

Decolarea feței externe a cartilajelor alare : cu foarfecele, pînă la linia mediană, între cele două părți mediale ale cartilajelor alare.

Peyrus și Dufourmentel rezecă țesutul intermediar — care depărtează cele două domuri și dau bifiditatea lobulului —, apoi apropie domurile și le lipesc pe linia mediană. Dufourmentel nu le suturează, însă Fomon practică sistematic sutura părților mediale.

Secționarea domului bilateral. Aubry secționează sistematic domul bilateral, în scopul eliberării părților mediale ale cartilajelor alare, care vor folosi ca stîlpi de susținere pentru lobulul corectat.

Introducerea unei lamele de cartilaj în șanțul mediosagital : numai dacă șanțul dintre cele două părți mediale este prea mare (Aubry).

Sutura celor două părți mediale ale cartilajelor alare este practicată sistematic de Aubry și Fomon. Dufouirmentel n-o socotește obligatorie. Sutura făcută sub formă de *U* apropie și fixează cei doi stîlpi mediali ce rezultă după secționarea domului.

Pansamentul : în funcție de incizie. Pentru incizia endovestibulară se fac comprese triunghiulare, îmbibate în unguent de tetraciclină și pulbere de penicilină. În cazul inciziei mediane este pus de-a lungul columelei un pansament obișnuit din comprese fixate cu benzi de leucoplast.

Rezultatele : bune, dacă se folosește o tehnică corespunzătoare fiecărui caz.

În situațiile în care șanțul dintre cele două domuri este mare sînt excizate țesuturile moi ce mențin depărtate părțile mediale ale carti-

Scanned with OKEN Scanner

lajelor alare. Secționarea cartilajelor domurilor trebuie să fie simetrică. Locul unde se execută este în funcție de înălțimea lobulului.

6.2.5.2. TEHNICILE CHIRURGICALE PENTRU CORECȚIA DISPLAZIILOR COLUMELEI

Displaziile columelei care dau aspecte inestetice piramidei nazale se pot sistematiza astfel : columelă prea lungă ; columelă prea scurtă ; columelă care atîrnă, provocată de : țesut celular lax în exces ; retracția cartilajelor alare sau conformația lor mai scurtă, care creează impresia — inexactă — de columelă ce atîrnă ; lățimea exagerată a ambelor părți mediale ale cartilajului alar, care măresc în lățime columela, dîndu-i aspectul că atîrnă ; columelă puțin aparentă, din cauza : unui sept prea scurt de natură congenitală sau apărut în urma unei intervenții chirurgicale : unui subcloazon insuficient prin conformație ori apărut în urma unei intervenții chirurgicale prea radicale : unor aripi nazale prea ptozate, care pot da impresia de columelă puțin aparentă ; columelă lată pe toată întinderea ; columelă lată numai la bază, putînd fi provocată de : un exces de țesut celular lax : incurbarea laterală a cozilor părților mediale ale cartilajelor alare, care formează scheletul cartilaginos al columelei ; unghiul nazolabial prea deschis (obtuz) ; unghiul nazolabial prea închis (ascuțit).

6.2.5.2.1. **Tehnicile corecției columelei prea lungi**

Incizia : în toartă de căldare, bilateral.

Decolarea : a ambelor fețe — externă și internă —, a domului și a părții anterioare a părții mediale a cartilajelor alare.

Excizia unei benzi transversale din cartilaj : din versantul intern al ambelor domuri, interesînd mai mult sau mai puțin și partea anterioară a părții mediale a subcloazonului. În felul acesta se scurtează subcloazonul și coboară vîrful nasului în funcție de excizia făcută și de nevoia de scurtare a columelei. Tegumentele vestibulare trebuie menajate și nu excizate cu lamela cartilaginoasă.

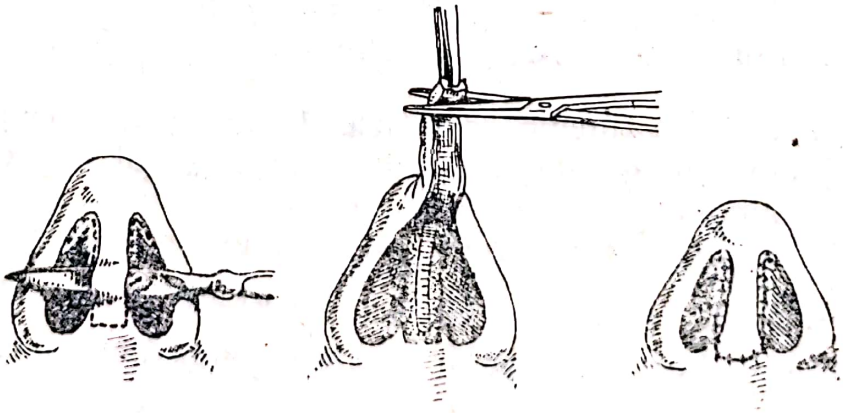


Fig. 126. Columelă prea lungă (după Aubry). Incizia în trompă de elefant cu rezecție la baza columelei

Scanned with OKEN Scanner

În cazul unei columele excesiv de lungi se execută în treimea medie a acesteia o rezecție pe cale narinară (procedeul Malignac) sau la baza columelei, înaintea unghiului nazolabial, printr-o incizie externă ca cea de trompă de elefant.

Suturile : cele obișnuite în toate inciziile în toartă de căldare. Incizia externă în trompă de elefant și rezecția de la baza columelei, în cazul că se execută, se vor sutura cu fire fine și cu ace atraumatice, pentru a nu lăsa o cicatrice vizibilă.

Pansamentul. Aplicarea în vestibulele nazale de comprese triunghiulare, îmbibate cu unguent cu tetraciclină și pulbere de penicilină.

6.2.5.2.2. Tehnicile corecției columelei prea scurte

Incizia : endovestibulară bilaterală, în toartă de căldare.

Decolarea : cu vîrful foarfecelui — introdus prin vestibulul nazal de partea opusă — suprafețele externe ale domurilor și părților laterale ale cartilajelor alare. Folosind o pensă anatomică cu gheare, domul cartilaginos, cu tegumentele endovestibulare, este prins și tras în interiorul vestibulului nazal. Tegumentele endovestibulare de pe cartilajul domurilor sînt decolate de ambele părți, utilizînd o forfecuță.

Secționarea transversală a cartilajelor domurilor. După izolarea cartilajelor ambelor domuri de tegumentele externe și de cele endovestibulare, se incizează transversal la nivelul ambelor domuri — mai spre partea laterală sau mai spre mijlocul domului, în funcție de lungimea pe care vrem să o dăm columelei. Dacă dorim să lungim mai mult columela, secționarea se face spre lateral.

Acolarea și sutura părților mediale ale cartilajelor alare. În urma secționării domurilor rezultă două fragmente cartilaginoase : unul extern, ce formează conturul aripii nasului, și altul intern, alcătuit din partea medială a cartilajelor alare ; în partea anterioară, aceasta din urmă se continuă cu fragmentul intern rezultat după secțiunea domului. Prin alăturarea celor două părți mediale și fixarea lor în unul sau două fire de sutură scheletul cartilaginos al columelei este alungit.

O variantă a tehnicii mai sus expuse exclude incizia transversală a ambelor domuri după executarea inciziei în toartă de căldare și deco-

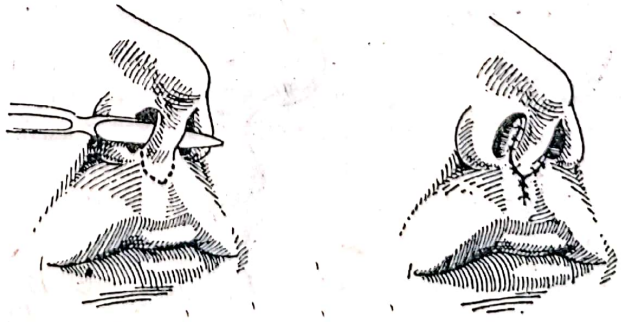


Fig. 127. Columelă prea scurtă (după Aubry). Procedeul alungirii în V Y

Scanned with OKEN Scanner

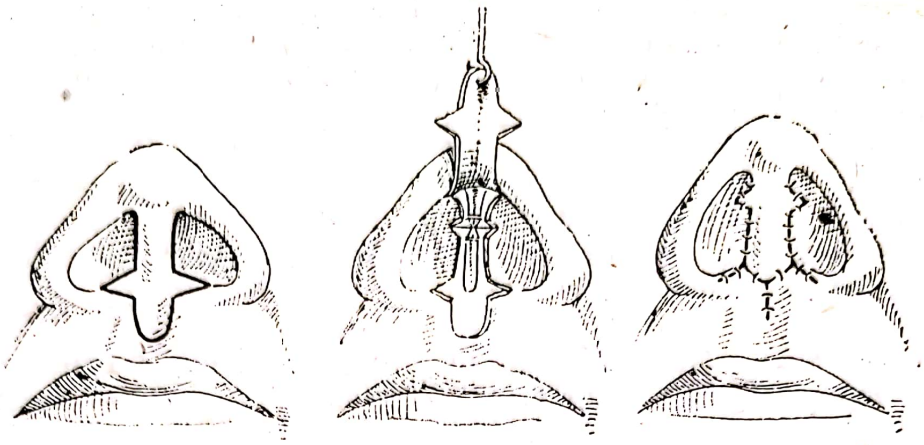


Fig. 128. Alungirea columelei prin procedeul Brown (după Aubry):
a. Traseul inciziei; *b*. Ridicarea lamboului cu incizia subcloazonului; *c*. Suturile: lambourile triunghiulare sînt suturate în crestătura unghiulară făcută pe subcloazon.

larea tegumentelor externe de pe cartilajele alare, cu ajutorul foarfecelui introdus prin vestibulul opus este excizat numai țesutul care separă recurbarea laterală a părților mediale ale cartilajelor alare — pentru a forma cele două domuri — și apoi se suturează cu două fire versanții mediali ai domurilor, alungind astfel părțile mediale ale cartilajelor alare și, deci, scheletul columelar. În felul acesta columela se alungește.

Un alt procedeu de alungire al columelei este cel numit în *VY*, care constă în următoarea tehnică :

Incizia : în trompă de elefant, însă nu transversal pe columelă, ci sub formă de *V*, la nivelul părții înalte mediane a buzei superioare.

Decolarea și liberarea columelei. Cu bisturiul sau foarfecele este decolată columela pe toată întinderea ei, pînă în partea anterioară a cartilajului patrulater.

Suturile. Columela fiind eliberată, i se imprimă o mișcare de alunecare spre înainte, iar incizia în *V* se suturează în formă de *Y*. Astfel, columela cîștigă în lungime, corectîndu-i-se defectul de a fi prea scurtă.

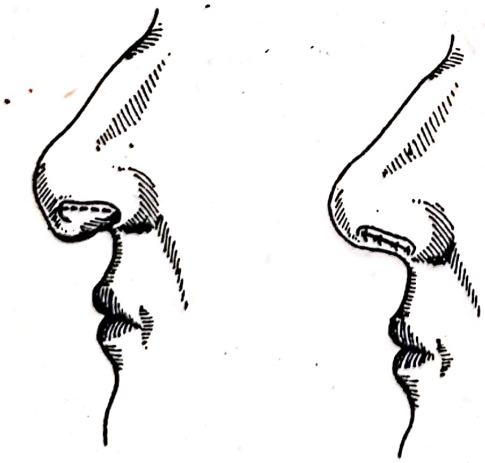


Fig. 129. Columelă care atîrnă (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

O tehnică mai complicată folosește Brown. El incizează — sub formă de *U* — partea superioară a buzei superioare sub unghiul nazolabial și trasează pe fiecare prag narinar cîte un lambou triunghiular, interpuse în cîte o crestătură făcută părților mediale ale cartilajelor alare, la nivelul anterior.

6.2.5.2.3. Tehnicile corecției columelei care atîrnă

Tehnicile chirurgicale ce corectează o columelă care atîrnă se execută în funcție de cauzele acestei displazii columelare. În cazul unei columele datorată excesului de țesut lax subcutanat situat între marginea inferioară a cartilajului patrulater și scheletul cartilaginos al columelei Aubry recomandă excizia atît a surplusului de țesut, cît și a celui de tegumente (la fel și Dufourmentel). Dacă aspectul de columelă este produs de hipertrofia scheletului cartilaginos al columelei Joseph preferă rezecția — în formă de semilună — din el și tegumente.

Alți chirurgi (Mc Dowell, Brown și alții) excizează țesutul lax, tegumentele și din scheletul columelei, folosind drept cale de acces incizia transfixiantă.

6.2.5.2.4. Tehnicile care corectează o columelă puțin aparentă

În cazul cînd columela este puțin aparentă datorită unui sept prea scurt — congenital sau provocat de o intervenție chirurgicală — se poate corecta prin introducerea unei autografe cartilaginoase ori osoase în formă de *L*; Converse preferă să plaseze grefa pe cale gingivolabială. Pentru a scuti bolnavul de o intervenție în plus în scopul recoltării autografei, este posibil să fie folosită și o proteză în formă de *L*, modelată dintr-un material bine tolerat de organism sau se introduce o lamelă cartilaginoasă între scheletul cartilaginos al columelei și tegumente.

Dacă columela este puțin aparentă din cauza unui subcloazon insuficient datorită unor aripi nazale ptozate atunci se poate utiliza procedeul lui Millard ori al lui Fomon și Converse.

- **Tehnica lui Millard**

Incizia : transfixiantă.

Confecționarea de fiecare parte a unui lambou din partea superioară a părții laterale a cartilajelor alare, care să cuprindă cartilajul și tegumentele vestibulare corespondente. Se execută de-a lungul marginii superioare a părții laterale a cartilajului alar o incizie, care anterior să nu se unească cu incizia transfixiantă, lăsînd un pedicul anterosuperior la nivelul domului. Apoi mai este practicată o incizie, paralelă cu cea intercartilaginoasă, cu aproximativ o jumătate de centimetru mai jos și de trei centimetri lungime ; aceasta va fi transcartilaginoasă, interesînd cartilajul alar în lungime și tegumentele endovestibulare. Se unesc posterior cele două incizii paralele, circumscriind un lambou cutaneocartilaginos.

Scanned with OKEN Scanner

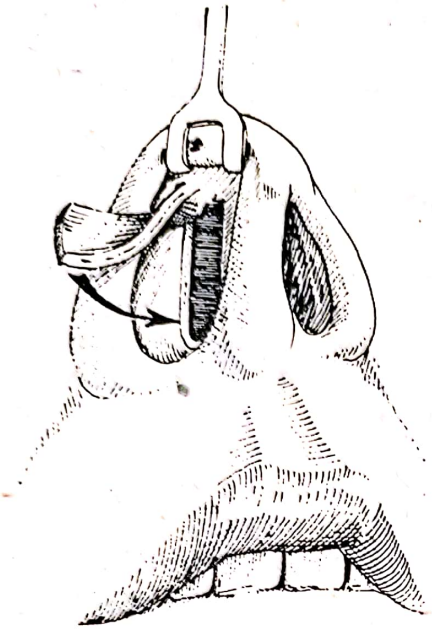


Fig. 130. Procedeul Millard (după Aubry). Crearea de fiecare parte a unui lambou cutaneocartilaginos din partea superioară a cartilajelor alare, rotirea și alipirea lor avînd suprafața cutanată spre vestibul. Sutura celor două lambouri alipite în spațiul creat prin sutura transfixiantă

Decolarea lamboului : Cu un croșet se prinde capătul distal al lamboului și folosind forfecuța se decolează tegumentele externe de pe fața externă a lamboului recoltat din cartilajul alar. Decolarea are ca limită pedicului antero-intern. Se procedează în același mod și de partea opusă.

Rotirea, alipirea și așezarea celor două lambouri în spațiul creat prin incizia transfixiantă. Cele două lambouri sînt torsionate astfel, încît marginea liberă să vină posterior și suprafața cutanată să se situeze spre vestibul.

Suturile se execută cu ace atraumatice și fire fine, prin puncte izolate, fixînd cele două lambouri între latura inferioară a cartilajului patrulater și subcloazon. În felul acesta columela devine aparentă, luînd aspectul normal.

- **Tehnica lui Fomon și Converse**

Incizia : mucopericondrală, deasupra marginii libere a cartilajului patrulater, la o distanță egală cu cît dorim să coborîm columela. De la extremitățile primei incizii se trasează două incizii, paralele, spre orificiul extern vestibular.

Decolarea lambourilor. Cu ajutorul decolatorului este practicată decolarea submucopericondrală a celor două lambouri, care sînt tracționate în jos.

Sutura. Cele două lambouri sînt suturate de o parte și de alta a cartilajului septal rămas denudat de ambele părți, în urma prelevării lambourilor. Părțile denudate ale cartilajului patrulater se epitelizează în scurt timp.

Scanned with OKEN Scanner

Pansamentul : cu comprese triunghiulare, îmbibate în unguent cu tetraciclină și în pulbere de penicilină.

6.2.5.2.5. Tehnica corectării columelei late pe toată întinderea

Această formă de displazie se asociază în majoritatea cazurilor cu un lobul bifid.

Incizia : transfixiantă sau incizie externă mediosagitală de-a lungul columelei.

Excizarea țesutului care separă între ei stîlpii mediali ai columelei. Cu o forfecuță se excizează țesutul celular ce desparte părțile mediale ale cartilajelor alare și care constituie scheletul columelei. Excizia se face pînă la nivelul domurilor.

Alipirea și sutura stîlpilor mediali. Dacă țesutul a fost bine excizat, cei doi stîlpi se apropie perfect de linia mediană. Prin două sau trei fire de sutură, cu catgut, sînt fixați într-o poziție corectă, îngustînd columela pe toată întinderea sa. În cazurile în care anterior părțile mediale ale cartilajelor alare se recurbează prea mult pentru a forma domul Aubry — după ce excizează țesutul celular care desparte cartilajele — execută o secțiune transversală în dreptul domurilor și apropie părțile mediale pînă la nivelul secțiunii prin cîteva fire de sutură cu catgut subțire.

6.2.5.2.6. Tehnicile corectării columelei late la bază

Columela poate fi prea lată numai la bază fie datorită unui exces de țesut celular lax, fie unei recurbări în afară a extremităților posterioare ale stîlpilor mediali.

- **Tehnica corectării columelei late la bază datorită excesului de țesut celular lax (Goldman)**

Incizia : laterală, limitată, la bază.

Excizia țesutului celular lax. Cu o forfecuță curbă fină este excizat țesutul lax în exces. În felul acesta cei doi stîlpi mediali se apropie și columela se îngustează la bază.

Sutura : cu fire fine și, dacă se poate, acele să fie atraumatice.

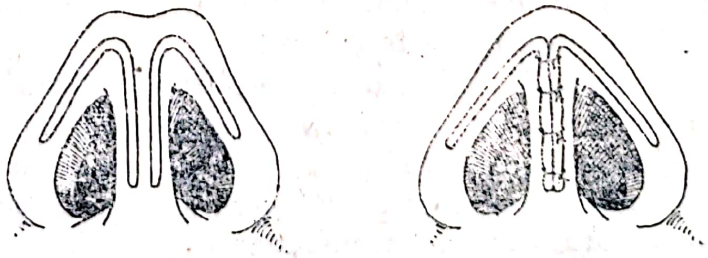


Fig. 131. Tehnica lui Dufourmentel și Peyrus pentru corectarea columelei late pe toată întinderea și corectarea nasului bifid (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

- **Tehnica corectării columelei late la bază prin recurbarea laterală a cozilor stîlpilor mediali (Converse)**

Incizia : cîte una, de-a lungul marginii inferioare a cartilajelor columelei.

Excizia țesutului celular lax în exces. Cu forfecuța curbă fină este excizat țesutul celular lax ce depărtează stîlpii mediali.

Secționarea stîlpilor mediali la nivelul la care încep să se depărteze. Folosind forfecuța dreaptă, se secționează stîlpii mediali ce formează scheletul cartilaginos al columelei la nivelul unde încep să se recurbeze lateral.

Sutura : sutura de apropiere a stîlpilor mediali, cu fire nerezorbabile. Sînt suturate apoi tegumentele cu fire fine și ace atraumatice.

6.2.5.2.7. Tehnicile corectării unghiului nazolabial prea deschis

Aubry susține că de cele mai multe ori această displazie se rezolvă prin simpla rezecție a tuberculului din unghiul inferior al cartilajului septal. Alteori este nevoie să se asocieze la rezecția tuberculului amintit și rezecția unei părți sau în totalitate a spinei nazale a maxilarului superior (Aubry). Această rezecție a spinei nazale a maxilarului poate fi executată printr-o incizie transfixiantă sau pe cale gingivolabială, cum o recomandă Dufourmentel, Galtier și alții (Firică).

Unii autori apelează la punctele transfixiante, cum este de pildă cel al lui Aufricht : acul traversează baza septului, apoi este trecut prin columelă — aproape de bază — iese din ea pe linie mediană și este introdus din nou, prin același orificiu, dar iese de partea opusă. Strîngînd firul se închide unghiul.

6.2.5.2.8. Tehnicile corectoare ale unghiului nazolabial prea închis

Unghiul nazal ascuțit se întîlnește în diferite genuri de hiperplazii globale. O tehnică conservatoare este cea folosită de Fomon, care constă în practicarea unei incizii transfixiante și apoi suturarea transfixiant decolat, punctele de pătrundere ale firului prin sept fiind mai înalte (anterioare) decît cele în columelă.

Cinelli, printr-o incizie transfixiantă, secționează o lamelă fără mucopericondru din partea inferioară a cartilajului patrulater, pînă la treimea posterioară, pe care o rabate în unghiul nazolabial. Suturează vîrful lamboului cu un fir, care iese în regiunea labiocolumelară. Se face apoi sutura inciziei transfixiante.

Scanned with OKEN Scanner

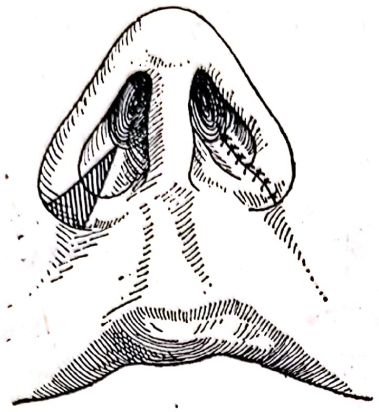


Fig. 132. Aripile nasului prea mari și prea derulate (după Aubry). Rezecția aripii la inserția sa

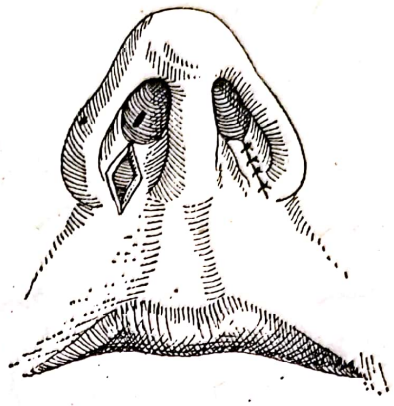


Fig. 133. Aripile nasului normale dar pragul narinar prea larg (după Aubry). Rezecția romboidală a pragului narinar

6.2.5.3. TEHNICILE CHIRURGICALE PENTRU CORECȚIA DISPLAZIILOR ARIPILOR NASULUI

6.2.5.3.1. **Tehnicile corectoare ale aripilor nazale prea mari și derulate**

Aceste displazii prezintă două aspecte : aripile nasului sînt mari și derulate, dar locul lor de inserție este normal ; aripile nasului nu sînt nici prea mari și nici derulate, dar pragul narinar este lărgit printr-o inserție prea laterală a aripilor.

În primele cazuri Weir practică o rezecție semilunară la inserția aripii. Joseph, pentru a evita cicatricele externe, recurge la o rezecție limitată la regiunea endovestibulară. Aubry recomandă rezecția sub formă de semilună din aripa nazală la locul de inserție. El susține că cicatricea obținută prin suturi este foarte puțin vizibilă.

Pentru cea de a doua categorie de cazuri Aubry susține necesitatea unei excizii de formă romboidală la nivelul pragului narinar, care are drept scop să mai apropie inserția aripii nasului de linia mediană. Joseph procedează într-un mod asemănător, excizînd din pielea planșeului narinar.

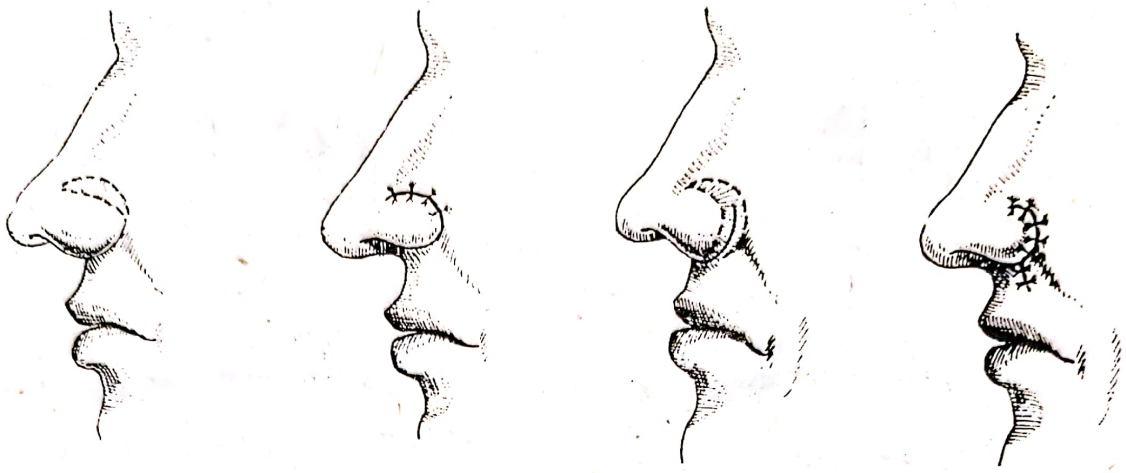
Suturile : cu ace atraumatice și fire foarte subțiri.

Pansamentul : comprese triunghiulare îmbibate în unguent cu tetraciclină, plus pulbere de penicilină.

În unele situații lărgimea pragului narinar nu permite corecția printr-o simplă rezecție. În aceste cazuri se poate aplica plastia în Z descrisă de Brown și Mc Down (Firică).

Pentru îngustarea pragului narinar Dufourmentel adoptă o tehnică deosebită de celelalte. El eliberează aripa nazală de inserția sa cît mai la baza acesteia ; creează apoi un lambou după planșeul vestibulului nazal care să aibă aspectul plăgii rămase după dezinserția aripii nasului și să fie paralel cu plaga ; în continuare suturează lamboul detașat de locul de unde a fost prelevat la plaga rămasă după dezinserția aripii.

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 134. Corectarea ptozei aripilor nazale (după Pech):
a. Procedeul Aubry; *b.* Procedeul Mc Down și Brown.

Aripa este suturată acum mai intern, în locul de unde a fost eliberat lamboul. Se face același lucru de partea opusă și în felul acesta aripile ce erau inserate prea lateral sînt reimplantate într-un loc potrivit, narinele nemaipărînd prea largi.

6.2.5.3.2. Tehnicile chirurgicale pentru corecția aripilor nazale ptozate

În displaziile caracterizate prin aripi nazale ptozate medicul chirurg poate fi confruntat cu trei aspecte :

— ptoza aripilor nazale este numai aparentă, din cauza unei columele retractate. Displazia este corectată folosind tehnica lui Millard pentru retracția columelei ;

— sînt unele ptoze ale aripilor nasului ce nu pot fi rezolvate decît prin excizia unui lambou cutaneo-cartilaginos din partea superioară a inserției aripii, sub formă de semilună sau triunghiulară, cu vîrful anterior (Aubry) ;

— în alte situații nu sînt numai aripile ptozate, ci și inserția posterioară a aripii este prea jos situată. În acest caz nu este suficient să se practice o rezecție din partea posterosuperioară a aripii nasului ; trebuie să se ridice mai sus și inserția posterioară a aripii, suturînd margine la margine tegumentele jugale cu cele labiale. Este procedeul lui Mc Down și Brown.

6.2.5.3.3. Tehnicile corectării aripilor nazale îngroșate

Incizia. Se execută o incizie pe toată întinderea marginii narinare și după aceea o alta, paralelă cu prima, la unu sau doi milimetri distanță. În final se unește la extremități.

Excizarea lamboului cutanat și țesuturilor moi. Cu forfecuța fină curbă sînt excizate în profunzime țesuturile moi care îngroașă aripile nasului.

Scanned with OKEN Scanner

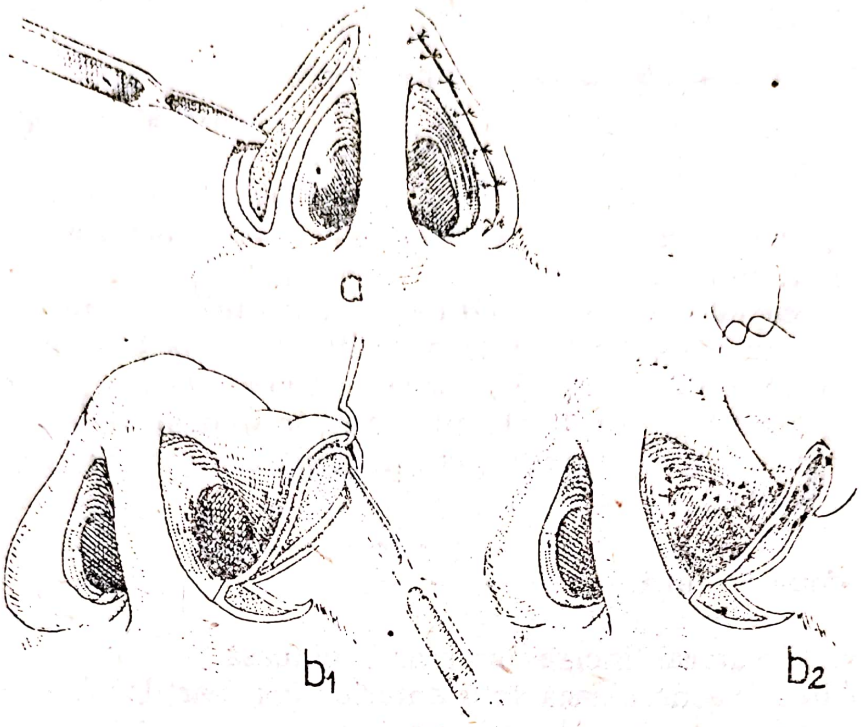


Fig. 135. Corectarea aripilor îngroșate (după Pech):
a. Procedeul Joseph; *b*¹ *b*². Procedeul Fomon.

Suturile : sînt utilizate ace atraumatice și fire foarte fine, pentru a nu produce cicatrice vizibile.

În cazurile cînd pe lîngă îngroșarea aripilor nazale este prezentă și o ptoză Millard excizează de-a lungul rebordului narinar un fin lambou tegumentar cu țesut celular subcutanat ce îngroașă aripa nazală. El completează excizia acestui lambou cu cea a unui alt lambou, de formă semilunară, de la inserția aripii nasului.

Fomon practică o incizie semivizibilă în șanțul nazogenian și excizează din grosimea aripii nasului țesut celular subcutanat, în funcție de necesitate. Sutura o execută cît mai puțin vizibil, cu ace atraumatice și fire foarte fine.

6.2.5.3.4. **Tehnicile corectării colapsului aripilor nazale**

Colapsul aripilor nazale poate fi produs atît în urma unei rezecții exagerate a părții laterale a cartilajului alar, prin act chirurgical, cît și de alte cauze.

În situația că producerea colapsului se datorează unui cartilaj triunghiular care se inseră în unghi prea ascuțit pe cartilajul patrulater, Fomon dezinseră cartilajele triunghiulare, le recurbează și le suturează astfel de sept. Cînd colapsul este provocat de un cartilaj triunghiular hipotrofic invaginat în fosa nazală, Fomon restabilește convexitatea alară, trecînd cartilajul triunghiular pe deasupra părții laterale a cartilajului alar. Dacă avem de corectat aripi cu concavitatea în afară datorită unor cartilaje alare laterale cu concavitatea în afară, atunci se pot folosi următoarele tehnici :

Scanned with OKEN Scanner

- **Prima tehnică**

Incizia : marginală, pe rebordul narinar.

Decolarea. Tegumentele de pe fața anterioară a cartilajului lateral alar sînt decolate utilizînd o forfecuță curbă.

Incizii perpendiculare pe rebordul cartilaginos. Cu un bisturiu fin se fac incizii paralele — transversale — pe cartilajul alar lateral, perpendiculare pe rebordul acestuia.

Inversarea curburii. Prin tamponament endovestibular strîns, cartilajul alar — în urma secțiunilor suferite — va bomba în afară. După cîteva zile se practică detamponarea și cartilajele rămîn cu convexitatea în afară. Dacă rezultatul nu este suficient de bun după prima detamponare se mai poate bura cu meșe narina, pentru a menține în poziția dorită cartilajele alare.

- **A doua tehnică**

Incizia : bilateral, incizie intercartilaginoasă.

Decolarea. Se decolează fața anterioară a părților laterale ale cartilajelor alare de tegumentele externe.

Introducerea în zona decolată a unui fragment concav recoltat de la nivelul concei. Sînt recoltate două fragmente concave de la nivelul concei și se introduc — de fiecare parte — între tegumente și cartilajul alar lateral, cu concavitatea înăuntru.

6.2.6. CORECTAREA ASOCIATĂ A DISPLAZIILOR PIRAMIDEI NAZALE ȘI A MALFORMAȚIILOR SEPTULUI NAZAL

În cea mai mare parte a cazurilor displaziile piramidei nazale ce aduc prejudicii din punct de vedere estetic sînt asociate cu malformații ale septului nazal, mai ales cînd cauza care le-a produs a fost un traumatism. În cazul acesta este legitimă dorința bolnavilor ce se adresează chirurgului să li se efectueze atît intervenția corectoare a displaziei, cît și cea de repoziție septală, care să îndepărteze tulburările funcționale. Intervențiile pot fi făcute în aceeași ședință — întîi intervenția funcțională (septoplastia) și apoi intervenția corectoare a displaziei piramidei —, dar și separat (la început septoplastia și numai după aceea displazia piramidei). Indicația operatorie este condiționată de starea generală a bolnavului — dacă acesta nu prezintă vreo afecțiune care să contraindice intervenția — sau de starea locală (afecțiuni tegumentare).

Vîrsta la care se poate interveni pe sept și piramida nazală este mult discutată în ultimul timp, indicația de a se opera după vîrsta de 16 ani fiind combătută de o serie de chirurgi. Dacă vîrsta de 16 ani nu poate fi absolutizată, ci mai mult starea de dezvoltare a copilului, ea rămînînd ca un element orientativ, nu putem fi nici de acord cu Silver și Hinderer, citați de Firică, care recomandă repoziția septului la nou-născut. Acestea le socotim exagerări, care nu pot fi în interesul copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Pare mai înțeleaptă conduita lui Senechal, ce nu recomandă intervențiile pe sept înainte ca bolnavul să împlinească 15 ani.

Explicațiile și argumentele aduse de chirurgii care practică intervenții la vîrste precoce, susținînd că în prima copilărie piramida se dezvoltă mai armonios, iar autografa — osoasă sau cartilaginoasă — ar crește odată cu piramida nazală, nefiind nici nevoie — ca la vîrsta adultă — de o cantitate mai mare de autografă, nu ni se par convingătoare. Mai degrabă ni se pare că trebuie să ținem seama că nu numai o serie de intervenții mai complicate, dar chiar simpla decolare sau deperiostare poate influența centrul de osificare, lucru dealtfel recunoscut chiar de chirurgii ce intervin precoce, care au observat acțiunea frenatoare a actului chirurgical, asupra dezvoltării piramidei nazale.

Traumatismul recent obligă la intervenții reductoare a septului, ca și a piramidei nazale, cît mai de grabă după accident, pînă nu se instalează edemul și echimozele, ce maschează fracturile și aspectul piramidei. Aubry recomandă ca în traumatismele recente să se intervină în primele ore de la accident. Dacă nu este posibil, din diferite motive, atunci se așteaptă o săptămînă pînă se retrage edemul și dispar echimozele, pentru a se putea vedea în condiții bune piramida traumatizată. Unii chirurgi însă își dau seama de situația piramidei și intervin cît mai repede posibil, fără să aștepte retragerea edemului. În acest mod procedăm și noi, deoarece într-o săptămînă se poate forma calusul vicios și intervenția reductoare să fie prea tardivă. Cînd nu s-a putut executa în timp util intervenția reductoare, septul și piramida se consolidează vicios. Atunci trebuie așteptat minimum două sau trei luni, uneori chiar mai mult, pentru a se face o intervenție corectoare. Ordinea în care se practică intervențiile corectoare a fost menționată. Se poate întîmpla ca prin septoplastie să se corecteze o displazie situată în regiunea cartilaginoasă a piramidei. În cazul unui nas lung sau cocoșat Aubry susține că ordinea intervențiilor este în raport cu sediul deviației cloazonului. Dacă deviația este posterioară se poate corecta în primul rînd septul și apoi piramida. În situația unei deviații de sept în regiunea cartilaginoasă este bine să se corecteze la început piramida și după aceea septul. Intervalul între intervenții este de preferat să fie de cîteva luni. Un element foarte important de reținut este acela că în cazul unui nas laterodeviat nu vom putea obține o repunere a piramidei pe linia mediană cu un dors al nasului drept dacă nu se practică o septoplastie asociată.

Experiența și imaginația chirurgului joacă un rol foarte important în asocierea și ordinea în care se succed intervențiile funcționale pe sept și cele corectoare pe piramidă. Tot experiența este aceea ce ne dictează una sau alta din tehnicile cele mai indicate în cazul pe care îl avem de rezolvat. Colaborarea cu pacientul este de mare importanță. El trebuie să fie informat corect de ce se poate realiza, fără a i se face promisiuni nerealizabile. De asemenea, operatul trebuie prevenit de posibilitatea unor reintervenții. Cînd prima intervenție nu a adus rezultatul așteptat de medic și de bolnav este necesar să fie analizate lucid cauzele și stabilit ce trebuie făcut în viitor. Unii medici se descurajează

Scanned with OKEN Scanner

și nu vor să mai reintervină. Alții se precipită în a corecta rezultatul, reintervenind prea devreme și nu obțin rezultatele dorite. Nu trebuie să ne lăsăm influențați de presiunile exercitate de bolnavi. Cu mult calm și răbdare se discută cu operatul motivele ce au dus la un rezultat nesatisfăcător, mai ales cînd el ține de reactivitatea organismului, de o hiperplazie a țesutului conjunctiv subcutanat sau alte cauze. Bolnavii trebuie lămuriți că în asemenea cazuri o intervenție prea timpurie nu ar face decît să înrăutățească rezultatul. Este bine să nu se reintervină mai devreme de șase luni, timp în care procesul cicatriceal se definitivează.

Scanned with OKEN Scanner

CHIRURGIA CORECTOARE A FOSELOR NAZALE

7.1. NECESITATEA RECALIBRĂRII FOSELOR NAZALE

Aspectul foselor nazale este realizat de conformația scheletală — care le conturează — și de mucoasa pituitară, ce căptușește scheletul osteocartilaginos pe toată întinderea suprafeței lui.

Fiziologic există o permanentă adaptare a volumului cornetelor, datorită caracterului lor erectil, la aspectul pe care îl are septul nazal, în scopul reglării debitului de aer ce trebuie să pătrundă în plămîni. Adaptarea este făcută în mod reflex. Aceasta explică importanța deosebită a conformației scheletului osteocartilaginos al foselor nazale, în special a septului și cornetelor în actul respirator. Aerul inspirat, după ce pătrunde în fosele nazale prin vestibul, se ridică urmînd direcția dorsului nasului pînă la nivelul cornetului mijlociu, de unde — descriind o traiectorie curbă la nivelul feței interne a cornetului mijlociu — coboară, trecînd prin coane în rinofaringe. Dacă pe drumul urmat de aerul inspirat se interpune un obstacol, atunci traseul este modificat, prin apariția unor vîrtejuri ce produc perturbații resimțite în inspirație (Arteni). Sînt unii autori care afirmă că traseul urmat de aerul inspirat s-ar situa la nivelul meatului inferior, viteza și debitul fiind în funcție de mărimea culoarului de trecere, un rol deosebit în această reglare revenind funcției ciliare, erectile și secretorii ale mucoasei nazale.

Mucoasa nazală este formată dintr-un epiteliu cilindric stratificat, celulele superficiale fiind ciliate. În straturile profunde corionul este bogat într-un sistem de rețea venoasă cu musculatură plexiformă, acționînd ca un adevărat sfincter, fapt care îi dă un caracter erectil (Arteni). Funcția ciliară are un rol deosebit în fiziopatologia foselor nazale, ea fiind influențată, de *p*H-ul secrețiilor nazale, de temperatura, viteza, umiditatea, compoziția, debitul, precum și de traiectoria aerului inspirat. Sensul de mișcare a cililor este dinspre vestibul spre coane. În zonele mai înguste cilii dirijează secrețiile către regiunile mai largi, iar secrețiile, din zona olfactivă le împing în jos (Arteni).

Activitatea ciliară se desfășoară în prezența unei pelicule vîscoase de mucus, care plutește deasupra unui strat seros situat în contact cu mucoasa. Acestui strat seromucos ce înglobează cili, datorită mișcării ondulante pe care o are — ca aceea a unui lan de grîu sau a valurilor mării —, i s-a dat denumirea de *covor ondulant*.

O serie de afecțiuni ce modifică structura normală a foselor nazale compromit funcția ciliară ducînd chiar la dispariția cililor. Astfel, rinita

Scanned with OKEN Scanner

atrofică, deviațiile mari de sept, rezecțiile mari inoportune de cornete, perforațiile de sept etc. pot favoriza producerea de vîrtejuri aeriene, care duc la dispariția cililor, cu formarea de cruste. Datorită straturilor profunde ale mucoasei, funcția ciliară se poate reface, cînd condițiile ce au compromis-o au dispărut. Este unul din motivele cele mai importante pentru care se vizează recalibrarea foselor nazale.

Funcția erectilă este asigurată de plexurile venoase și de sistemul muscular al acestora, fiind mai activă la nivelul cornetului inferior și mai redusă la nivelul celui mijlociu și a tuberculului septal. Are o importanță mare în actul respirator în cadrul unor fose nazale normal calibrate.

Ca și funcția erectilă, funcția secretorie este deosebit de importantă în actul respirator în cadrul unor fose nazale normal calibrate. Ea este reglată de un sistem nervos autonom. Rolul secretor și vazodilatator revine parasimpaticului, simpaticul avînd un rol antagonist. Funcția secretorie este aceea care asigură pelicula seromucoasă (covorul ondulant); ea umidifică aerul inspirat și are o acțiune de spălare și curățire a mucoasei. Toate aceste funcții ale mucoasei pituitare se adaptează în mod reflex, pentru a asigura un debit de aer suficient, purificat și umectat necesar unei bune oxigenări a sîngelui.

Uneori, datorită unor cauze congenitale sau dobîndite, apar o serie de afecțiuni scheletale sau ale mucoasei, care produc obstrucția foselor nazale în diferite grade ori, alteori, dimpotrivă, lărgirea exagerată a foselor. Și într-un caz și în celălalt se produc o serie întreagă de perturbări în respirație, care se cer corectate pentru ca procesul de oxigenare să se facă în bune condițiuni.

Obstrucția nazală poate fi dată de o malformație congenitală sau — mai frecvent — dobîndită a septului nazal; alteori congenital, scheletul cornetului este mai mare, iar în alte cazuri hipertrofia cornetelor este degenerativă. În unele infecții rinosinuzale sau alergice mucoasa se hipertrofiază, duce la degenerescență polipoidă ori la hipertrofii de cozi de cornet, care toate dau obstrucție nazală cu perturbări mari în funcția respiratorie.

Corectarea acestor displazii nazale, ce au ca scop îndepărtarea sindromului de obstrucție nazală, se efectuează prin intervenții variate de recalibrare a foselor nazale, în plus sau în minus, realizînd în acest fel refacerea structurii morfofuncționale.

7.2. INTERVENȚII CHIRURGICALE PENTRU CORECTAREA DISPLAZIILOR ENDONAZALE ÎN PLUS

7.2.1. CORECTAREA ATREZIILOR ANTERIOARE SAU NARINARE

Atreziile foselor nazale sînt malformații congenitale sau dobîndite, situate anterior, la nivelul narinelor, în interiorul foselor nazale, sau posterior, la nivelul coanelor, care produc tulburări în permeabilitatea foselor nazale.

Scanned with OKEN Scanner

Aspirația aripilor nasului este o displazie provocată de malformația cartilajului alar, care fie că în partea sa laterală — în loc să aibă concavitatea înăuntru — prezintă concavitatea în afară, fie că partea sa laterală este atrofiată, astfel încît în timpul inspirației aripile nasului sînt aspirate obstruînd narinele, cînd ele trebuie să fie mai dilatate. Malformația cartilajului alar se mai poate datora și unui lobul prea strîmt ce apropie foarte mult cei doi versanți ai domurilor, îngustînd narinele.

7.2.1.1. TEHNICA CORECTĂRII ASPIRAȚIEI ARIPILOR NASULUI PROVOCATE DE CONCAVITATEA ÎN AFARĂ A PĂRȚII LATERALE A CARTILAJULUI ALAR

Incizia: în toartă de căldare.

Decolarea. Cu o forfecuță curbă este decolată fața externă a părții laterale a ambelor cartilaje alare.

Secționarea cartilajelor alare. Se practică cu un bisturiu fin cîteva incizii paralele transversale de partea laterală a cartilajelor alare, fără a interesa tegumentele endovestibulare.

Suturile : în mod obișnuit, prin puncte izolate ; firele vor fi foarte fine, iar acele atraumatice.

Pansamentul. Se face burarea vestibulului nazal cu o meșă îmbibată cu oleu gomenolat 1%, care are scopul să redea convexitatea aripii nasului și să o mențină în această formă. Tamponamentul va fi menținut două săptămîni, dar trebuie schimbat la trei sau patru zile. Înainte de a se bura vestibulul nazal cu meșa, este bine să se aplice și pulbere de penicilină în vestibul. Firele se scot după șapte zile.

7.2.1.2. TEHNICA CORECTĂRII ASPIRAȚIEI ARIPILOR NASULUI PROVOCATE DE ATROFIA PĂRȚII LATERALE A CARTILAJELOR ALARE

Incizia : transfixiantă și intercartilaginoasă bilateral.

Decolarea feței externe a părții laterale și a domurilor cartilajelor alare. Se decolează cu o forfecuță curbă fețele externe ale domurilor și cartilajelor alare laterale, pătrunzîndu-se prin vestibulul, opus. Se creează astfel de fiecare parte cîte un buzunar format din tegumentele externe și în interior de cartilajele atrofice.

Introducerea în buzunarul format prin decolare a unui fragment de cartilaj recoltat din concă. Sînt recoltate prin incizie retroauriculară două fragmente concave din concă, care se introduc — cu concavitatea înăuntru — în buzunarele create prin decolarea tegumentelor externe de pe fața respectivă a părților laterale ale cartilajelor alare.

Scanned with OKEN Scanner

Suturile se fac în mod obișnuit, utilizînd, dacă se poate ace atraumatice și fire fine, la nivelul inciziilor transfixiantă și intercartilaginoasă.

Pansamentul. Este aplicată pulbere de penicilină în vestibulele nazale și apoi se burează cu meși gomenolate 1% fiecare narină, pentru a fi menținute în forma pe care o dorim să le-o dăm. Meșile se schimbă la trei sau patru zile, dar se mențin timp de două săptămîni.

7.2.1.3. TEHNICA CORECTĂRII ASPIRAȚIEI ARIPILOR NASULUI PROVOCATE DE DOMURI FOARTE ÎNGUSTE ȘI FOARTE APROPIATE

Tehnica constă în introducerea între cele două domuri a unui fragment cartilaginos de formă triunghiulară cu vîrful în jos, care are rolul să depărteze domurile și, în felul acesta, să le mărească arcuirea. Se obține astfel un vîrf al nasului mai puțin ascuțit și narine mai dilatate.

7.2.1.4. TEHNICA CORECTĂRII IMPERFORAȚIEI NARINARE CONGENITALE

Aceste displazii sînt întîlnite foarte rar și se manifestă aproape în exclusivitate unilateral.

Intervenția corectoare constă în secționarea și detașarea aripii nazale din locul inserției sale, confecționarea din vecinătate a unui lambou cu pedicului inferior de forma suprafeței sîngerînde rezultate în urma secționării bazei de implantare a aripii nazale. Se acoperă fosta inserție a aripii nasului cu lamboul creat, iar în locul suprafeței sîngerînde rezultate după ridicarea lamboului se implantează aripa nazală, care astfel se deplasează mai lateral.

7.2.1.5. CORECTAREA SINECHIILOR NARINARE PRIN PROCEDEUL LUI A. BLOCH ȘI LEMOINE

Sinechiile narinare pot fi de natură congenitală, cînd se prezintă sub forma unui diafragm, de cele mai multe ori membranos, sau — în cele mai multe cazuri — sînt dobîndite, fiind provocate de diferite afecțiuni ca sifilisul, variola, lupusul, traumatismele etc.

Sinechiile narinare sînt rareori bilaterale și de cele mai multe ori incomplete. Tratamentul este chirurgical. Procedeul lui A. Bloch și Lemoine se mai numește tehnica grefei în balama.

Crearea unui lambou cutanat. Se trasează — cu un bisturiu foarte îngust — un lambou de pe suprafața cicatriceală tegumentară care acoperă sinechia.

Scanned with OKEN Scanner

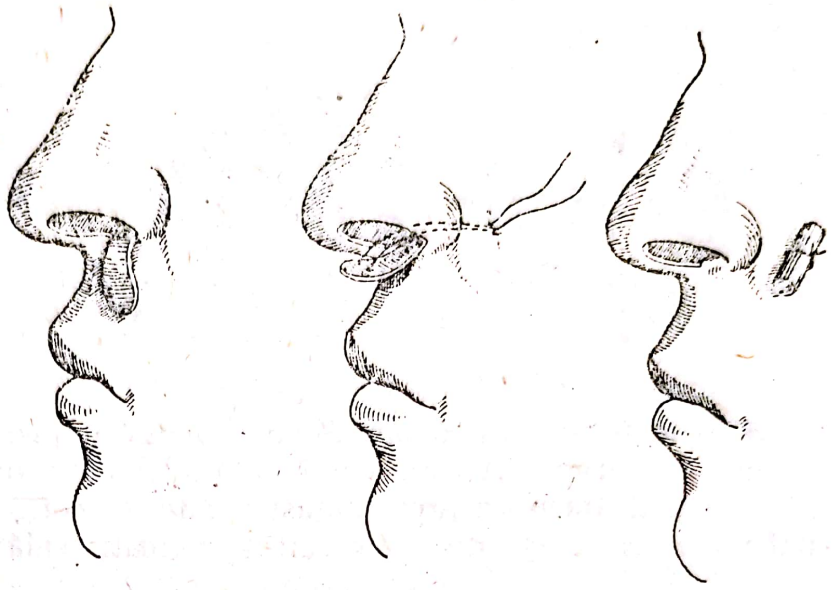


Fig. 136 Stenoză narinră. procedeul Bloch și Lemoine (după Aubry)

Disecția lamboului. Cu o forfecuță fină lamboul este disecat și reclinat în jos, descoperind astfel țesutul cicatriceal care formează sinechia.

Crearea orificiului narinar. Se excizează — folosind forfecuța — țesutul cicatriceal ce formează sinechia și chiar din țesutul sănătos, pentru a crea un orificiu narinar mai mare decît cel pe care vrem să-l obținem, deoarece în urma formării unui nou țesut cicatriceal se va produce retracția țesuturilor.

Fixarea lamboului. După ce orificiul narinar a fost creat este străpunsă extremitatea liberă a lamboului cu acul fin, prin care se angajează un fir, avînd capetele mai lungi și egale. Se pătrunde cu un ac mic Reverdin prin tegumente, înapoia aripii nasului, la o distanță față de marginea posterioară a orificiului narinar egală cu lungimea lamboului. Acul Reverdin ajunge în vestibulul narinar cu vîrful la extremitatea liberă a lamboului ce a fost culcat pe locul de unde s-a extirpat țesutul cicatriceal, care forma sinechia. Cele două extremități ale firului sînt angajate în acul Reverdin și scoase odată cu acul la suprafața tegumentelor, în locul pe unde a pătruns acul. Prin tracțiune ușoară lamboul se culcă pe locul cicatricei extirpate și se întinde cît este nevoie pentru a nu fi în tensiune prea mare. Cele două extremități ale firului sînt înnodate pe un mic rulou de comprese.

7.2.1.6. CORECTAREA SINECHIILOR NARINARE PRIN PROCEDEUL AUBRY

Aubry folosește o grefă Thiersch, pe care o plasează pe un dop narinar din stents, cu fața sîngerîndă în afară. Dopul din stents este lăsat pe loc aproximativ zece zile, după care este scos și înlocuit cu

Scanned with OKEN Scanner

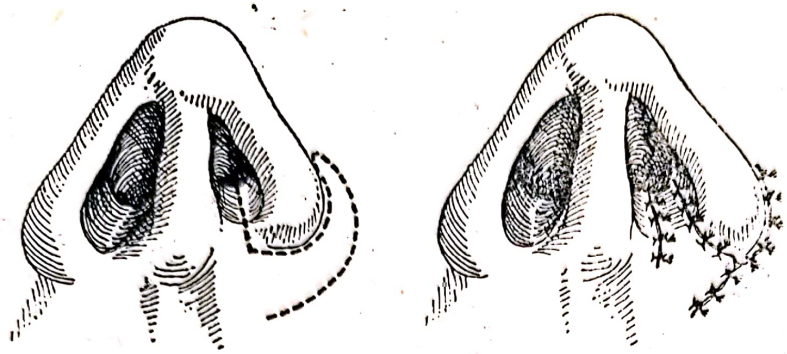


Fig. 137. Lărgirea unui prag narinar prea strîmt (după Aubry):
a. Traseul lamboului; *b*. Suturile.

un dop de formă asemănătoare din material plastic perforat, pentru a permite respirația. Acesta va fi menținut timp de cîteva săptămîni.

Pragul narinar prea îngust poate fi congenital sau — de cele mai multe ori — produs de o retracție cicatriceală.

Confecționarea lamboului. Corectarea unui prag narinar prea îngust se poate face printr-un mic lambou labiogenian de formă triunghiulară, a cărui margine internă urmează conturul aripii nasului.

Disecția lamboului. Cu o forfecuță curbă se disecă lamboul trasat.

Excizarea țesutului cicatriceal. Tot cu forfecuța se excizează țesutul cicatriceal situat la nivelul pragului narinar.

Sutura lamboului. În locul unde a fost cicatricea se interpune și se suturează cu ac fin și fir fin lamboul confecționat, lărgindu-se astfel pragul narinar.

7.2.2. CORECTAREA ATREZIILOR DIN INTERIORUL FOSELOR NAZALE

7.2.2.1. TEHNICA REZECȚIEI SINECHIILOR FOSELOR NAZALE

Sinechiile nazale sînt punți fibroase cicatriceale ce se formează între septul nazal și cornete, mai ales în cel inferior, și apar în urma unor traumatisme ale piramidei nazale sau a unor intervenții pe sept ori cornete, cînd suprafețele lor sîngerînde vin în contact direct. Aspectul clinic este acela al sindromului de obstrucție nazală, mai mult sau mai puțin accentuat, în funcție de întinderea sinechiei. Tratamentul este chirurgical.

Anestezia. Se face anestezie de suprafață, prin imbibiție cu cocaină, soluție 5% sau 10%, aplicată în fosele nazale prin meși de vată supraetajate.

Rezecția sinechiei poate fi efectuată fie cu pensa Struycken, fie cu un foarfec cudat ; de asemenea rezecarea este posibilă chiar cu bisturiul cu lamă mai lungă și îngustă sau bisturiul electric.

Scanned with OKEN Scanner

Luxarea cornetului. În cazul unui cornet mai mărit de volum, care vine în contact cu septul, putem executa luxarea laterală a cornetului cu ajutorul unui specul Killian cu brațe lungi.

Evitarea refacerii sinechiei: prin tamponament despărțitor, care se scoate după două zile, fiind urmat de aplicații zilnice de meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 5%, ce se scot după aproximativ cincisprezece minute. Zilnic, aplicațiile de cocaină sînt obligatorii, pînă cînd medicul chirurg are convingerea că a dispărut pericolul de a se reface sinechia.

Aubry recomandă în cazurile cînd cornetul este în contact cu septul, după luxarea laterală a cornetului, să se introducă o lamă de teflon, păstrată pînă la cicatrizarea completă.

În situațiile în care suprafețele sîngerînde sînt mai întinse, deoarece pericolul de refacere a sinechiilor este mai mare, se introduce în fosa nazală o lamă de stents înmuiată prin căldură, pentru a se mula pe regiunea unde s-a executat rezecția. Prin răcire, lama de stents păstrează conformația regiunii în care a fost introdusă. Se extrage mulajul din stents, se aplică pe el o grefă dermoepidermică, după care este reintrodus în fosa nazală, în locul unde s-a luat amprenta. Grefa are suprafața sîngerîndă în afară. Se lasă pe loc mulajul cu grefa timp de zece zile, după ce l-am imobilizat cu benzi de leucoplast. Este o metodă mai dificilă, dar care dă rezultate bune dacă este aplicată corect.

Tratament postoperator. În cazul aplicării unui tamponament despărțitor se vor administra antibiotice pe cale generală. Meșile îmbibate în soluție de cocaină 5% zilnic sînt obligatorii după detamponare, pînă cînd dispare pericolul refacerii sinechiei. Vor fi date în această perioadă unguente sau soluții vazoconstrictoare de cîteva ori pe zi, pentru a produce retracția mucoasei cornetelor, evitînd contactul acestora cu septul. Acest tratament va dura atîta timp cît există pericolul de refacere al sinechiei.

7.2.2.2. CORECTAREA STRÎMTORĂRII FOSELOR NAZALE.

Strîmtorarea foselor nazale constă într-o insuficientă dezvoltare a lor în sens transversal, pe care unii specialiști o atribuie tulburărilor mecanice, metabolice, neuroendocrine etc. produse de adenoidism, ce favorizează dezvoltarea vicioasă a întregului masiv nazo-maxilo-facial. Tratamentul este rinologic și stomatologic.

Tratamentul rinologic constă în depistarea și operarea vegetațiilor adenoide fie înaintea apariției dismorfiilor pe care le produc, fie la debutul acestora, pentru ca prin dezvoltarea ulterioară a masivului nazo-maxilo-facial ele să dispară (Racoveanu).

Tratamentul stomatologic se referă la aplicarea din timp a unei conduite terapeutice adecvate, în scopul îndepărtării arcadei dentare

Scanned with OKEN Scanner

superioare, aceasta avînd o influență pozitivă asupra conformației bolții palatine și, implicit, a strîmtorării transversale a foselor nazale (Racoveanu).

7.2.3. CORECTAREA ATREZIILOR POSTERIOARE SAU ALE COANELOR

7.2.3.1. CORECTAREA IMPERFORAȚIEI COANALE

Imperforația coanală este o malformație rar întîlnită, a cărei patogenie nu este bine elucidată, unii socotind-o a fi o tulburare de dezvoltare embrionară, alții considerînd sifilisul ereditar drept cauza acestei distrofii.

Malformația constă în prezența unui diafragm membranos, cartilaginos, osos sau mixt, ce obstruează orificiile coanale total ori parțial unilateral sau bilateral.

Bilateralitatea ocluziei coanale se întîlnește de regulă la nou-născuți. Prin tulburările mari respiratorii, imposibilitatea de a suge o fac incompatibilă cu viața, dacă nu intervine chirurgul de urgență. Cînd ocluzia nu este totală și are un oarecare grad de permeabilitate, chiar dacă este bilaterală, permite supraviețuirea, sugarul adaptîndu-se la respirația bucală.

La copilul mai mare și la adult se întîlnesc ocluzii coanale unilaterale sau — dacă sînt bilaterale — incomplete, permițînd o respirație nazală diminuată.

Prin rinoscopie anterioară, în fosa nazală ce prezintă coana obstruată se constată secreții abundente care stagnează, iar prin rinoscopie posterioară se pune în evidență diafragmul ce acoperă coana. Dacă ocluzia este bilaterală, coanele nu mai apar, fiind acoperite de o perdea fibroasă.

Introducerea unei meși de vată îmbibată cu lipiodol în fosa nazală cu coana obstruată pune în evidență — prin radiografie de profil — nivelul la care pătrunde meșa, aceasta neputînd ajunge în cavum.

Prezența imperforației coanale mai poate fi pusă în evidență și prin introducerea unei substanțe colorate în fosa nazală respectivă, ea nepătrunzînd în cavum. De asemenea, cu ajutorul unui stilet butonat se simte prezența diafragmului care acoperă coana.

7.2.3.1.1. **Corectarea imperforației coanale la nou-născut**

Intervenția are drept scop străpungerea diafragmului ce acoperă coana și lărgirea cît mai mult posibil a acestei străpungeri, apoi menținerea ei printr-o sondă de cauciuc Nélaton sau cu ajutorul unui tub de material plastic cu diametrul corespunzător, a cărui extremitate posterioară rămîne în cavum, iar cea anterioară iese prin narină, fiind fixată cu benzi de leucoplast.

Scanned with OKEN Scanner

Pregătirea preoperatorie. Se execută examenul general al nounăscutului pentru a se constata eventual și alte malformații. Se va examina cu mare atenție cordul. Sînt aspirate secrețiile din fosele nazale.

Instrumentarul: deschizător de gură; pensă Kocher fină; laringoscop; bronhoscop de 3,5 mm; aparat pentru aspirație; instalație pentru administrat oxigen; specul nazal de copii; specul auricular; bujie de gumă nr. 5, tip bujie esofagiană; sondă de cauciuc tip Nélaton; un tub de material plastic nr. 14.

Poziția bolnavului: înfășurat bine într-un cearceaf și întins pe masa de operat în decubit dorsal. Trebuie asigurată o foarte bună contenție.

Anestezia. Nu se face nici un fel de anestezie.

Străpungerea diafragmului fibros care obstruează coana. Cu un specul auricular mai larg sau cu un specul nazal pentru copii se încearcă să se vadă diafragmul ce obstruează coana. Se introduce o pensă Kocher fină prin narină în fosa nazală, urmînd creasta unghiului diedru format de cloazon și planșeu. Se dirijează vîrful pensei în jos și spre unghiul mandibulei, pînă simțim o rezistență. Imprimînd vîrfului pensei o presiune fermă, străpungem diafragmul care obstruează coana. Acum vîrful pensei se găsește în cavum și prin închideri și deschideri alternative ale pensei se caută să se lărgească cît mai mult posibil orificiul creat în diafragmul fibros.

Introducerea prin fosa nazală a unei bujii tip esofagian care să iasă prin cavum în gură. Se introduce prin fosa nazală o bujie de tip esofagian nr. 5, ce străbate perforația diafragmului, pătrunde în cavum și apoi iese prin gură. Se leagă la această extremitate a bujiei un fir de mătase groasă. Se retrage bujia; cu ea odată și firul de mătase. De firul de mătase se prinde o sondă Nélaton sau un tub de material plastic nr. 14, care — cu ajutorul firului de mătase — este tras, rămînînd cu o extremitate în cavum și cu cealaltă, anterioară, în afara narinei. Sonda Nélaton ori tubul de material plastic este menținut în poziția dorită prin benzi de leucoplast. După cîteva zile se poate interveni în același mod de partea opusă.

Îngrijiri postoperatorii. Sînt administrate antibiotice pe o perioadă mai scurtă sau mai lungă, în raport cu evoluția post-operatorie. Local se instilează două sau trei picături de Colargol soluție 1%.

Tubul este menținut — dacă este posibil — chiar două luni.

Evoluția postoperatorie. În general evoluția postoperatorie este bună. Respirația se ameliorează și suptul devine posibil.

Complicații postoperatorii. Uneori pot apărea ulcerații la nivelul narinei, al vălului sau al cavumului, necesitînd renunțarea la sondă. În cazul acesta trebuie să recurgem la dilatații ale orificiului coanal cu bujii esofagiene nr. 12 pînă la nr. 16 (Aubry).

Scanned with OKEN Scanner

În situația că perforația coanală nu se menține și se reface diafragmul fibros, se poate încerca o nouă intervenție sau se așteaptă o perioadă mai mare de timp, pentru a se rezeca diafragmul coanal.

7.2.3.1.2. Rezecția diafragmului coanal

Această intervenție se poate executa fie pe cale nazală la adult și la copilul mare, fie pe cale palatină la copilul mic, începînd de la un an sau chiar mai devreme.

A mai fost descrisă și o cale transmaxilară prin sinusul maxilar, pe care Aubry nu o recomandă.

- **Tehnica rezecției diafragmului coanal pe cale palatină**

Intervenția are ca scop rezecția diafragmului fibros, cartilaginos sau osos, care obstruează coana, permițînd astfel comunicarea între fosa nazală și cavum.

Poziția bolnavului: așezat pe masa de operat în decubit dorsal, în poziție înclinată, cu capul în deflexie maximă. Gura este menținută deschisă cu un deschizător de gură de tipul folosit în chirurgia velopalatină.

Poziția chirurgilor: operatorul se plasează fie la capul bolnavului, fie de partea imperforației coanale. Ajutorul — de partea opusă.

Cîmpul operator. Bolnavul este învelit cu un cearceaf steril pînă sub menton. Cu un cîmp steril este acoperită regiunea cu păr a pielii capului. Fața se șterge bine cu alcool, ferind ochii, care se acoperă cu comprese sterile. Se acoperă apoi fața cu un cîmp cu gaură, lăsîndu-se descoperită numai regiunea cavității bucale.

Anestezia: generală cu intubație. Pentru a se diminua hemoragia și a înlesni decolarea fibromucoasei palatine se infiltrează cu clorhidrat de procaină 1% sau numai cu ser fiziologic adrenalinat.

Incizia: are forma curbilinie și se situează la doi sau trei milimetri de arcada dentară superioară și se prelungește înapoia ultimului molar de ambele părți, evitînd astfel înapoi și lateral pediculul vascular palatin posterior, iar anterior, canalul palatin anterior. Incizia se efectuează cu bisturiul, pătrunzînd de la început pînă la os.

Decolarea: cu răzușa curbă a lui Veau se decolează în întregime fibromucoasa, pînă la marginile posterioare palatinale, care trebuie să fie bine degajate. Este creat un lambou bine irigat, care va avea rolul să acopere breșa osoasă palatină.

Degajarea marginii posterioare a palatului osos. Pentru a putea pătrunde în cavum este incizată mucoasa, creîndu-se posibilitatea examinării în condiții bune marginea posterioară a vomerului și întregul

Scanned with OKEN Scanner

cavum. Diafragmul care obstruează coana nu este vizibil în totalitatea sa ; poate fi însă explorat cu un stilet butonat recurbat.

Rezecția diafragmului coanal este posibilă fie prin procedeul rezecției osoase largi, fie prin cel al rezecției osoase limitate.

- **Procedeul rezecției osoase largi**

Ablația lamei orizontale palatinale : cu dalta curbă, începînd de la marginea posterioară a lamei orizontale.

Trepanația fosei nazale : în fața diafragmului coanal, folosind dalta sau freza. Mucoasa nazală este curățată de eschilele osoase și apoi decolată și reclinată cu ajutorul unui decolator.

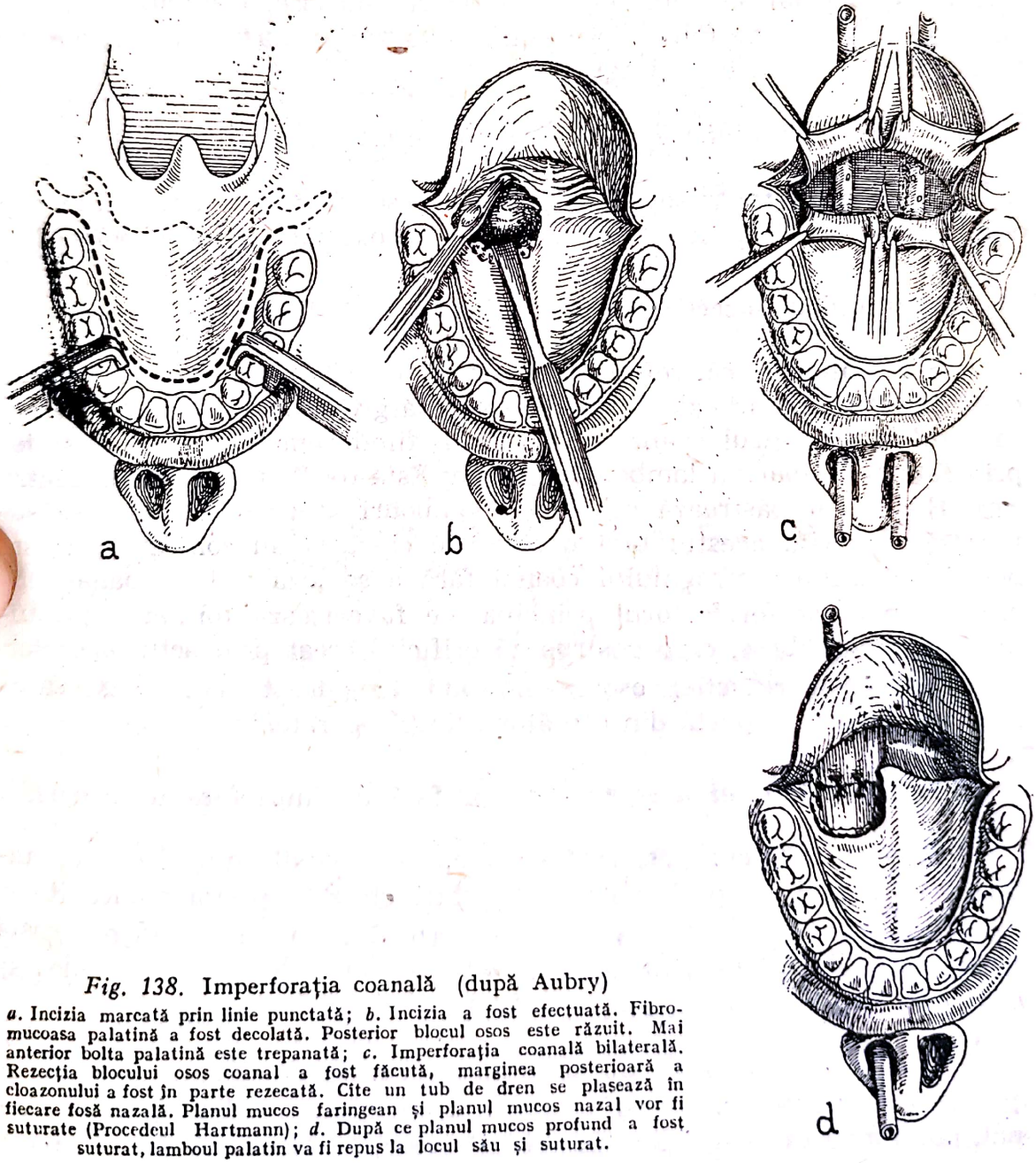


Fig. 138. Imperforația coanală (după Aubry)

a. Incizia marcată prin linie punctată; *b.* Incizia a fost efectuată. Fibromucoasa palatină a fost decolată. Posterior blocul osos este răzuit. Mai anterior bolta palatină este trepanată; *c.* Imperforația coanală bilaterală. Rezecția blocului osos coanal a fost făcută, marginea posterioară a cloazonului a fost în parte rezecată. Cîte un tub de dren se plasează în fiecare fosă nazală. Planul mucos faringean și planul mucos nazal vor fi suturate (Procedeul Hartmann); *d.* După ce planul mucos profund a fost suturat, lamboul palatin va fi repus la locul său și suturat.

Scanned with OKEN Scanner

Deschiderea mucoasei. Prin deschiderea mucoasei se pătrunde în fosa nazală înaintea blocului osos.

Rezecția cu dalta a diafragmului osos coanal. Diafragmul osos coanal este rezecat cu dalta, sacrificînd mucoasa care acoperă cele două fețe ale sale (Hartmann conservă mucoasa).

Rezecția marginii posterioare a osului vomer este un timp operator important al acestui procedeu și se efectuează fără dificultate.

Introducerea unui tub de dren prin nas care să pătrundă în cavum. Se execută în scopul menținerii deschiderii coanale efectuate. În cazul că se păstrează mucoasa ce acoperă cele două fețe ale diafragmului osos coanal se obțin două lambouri mucoase, care sînt suturate unul de celălalt, permițînd refacerea planșeului nazal și împiedicînd formarea unui țesut cicatriceal.

Sutura lamboului palatin : prin puncte izolate.

Îngrijiri postoperatorii. Bolnavului i se administrează antibiotice cîteva zile. Tubul de dren este menținut aproximativ două săptămîni.

- **Procedeul rezecției osoase limitate**

S-a observat că refacerea stenozei la nivelul orificiului coanal creat prin intervenția de rezecție osoasă lărgită are punctul de plecare în locul unde cadrul coanal a fost rupt, fiind reprezentat în acest loc prin fața superioară a lamboului palatin. Este de fapt și motivul pentru care Hartmann păstrează cele două lambouri mucoase pe care le suturează. Datorită acestui fapt o serie de chirurgi au constatat că este posibilă rezecția diafragmului coanal fără a se leza cadrul coanal, eliminînd în acest fel factorul principal ce favorizează formarea țesutului cicatriceal fibros, care obstruează orificiul creat prin actul operator.

Procedeul rezecției osoase limitate are drept scop conservarea cadrului coanal și constă din următorii timpi operatori :

Trepanarea fosei nazale : anterior față de imperforația coanală.

Lărgirea breșei : posterior — pînă la nivelul imperforației ; anterior — destul de puțin ; lateral — atît cît este posibil, adică de la nivelul cloazonului pînă la peretele extern al fosei nazale. Prin această breșă osoasă a planșeului fosei nazale se pune în evidență mucoasa planșeului fosei nazale, care se curăță de fragmentele osoase.

Decolarea mucoasei. Cu decolatorul se decolează mucoasa de pe planșeul fosei nazale, dar și de pe fața anterioară a diafragmului coanal, punîndu-l în evidență și permițînd rezecția acestuia fără dificultate.

Scanned with OKEN Scanner

Rezecția peretelui coanal, odată decolată mucoasa de pe fața anterioară a peretelui coanal, rezecția acestuia se face ușor, păstrîndu-se mucoasa de pe fața nazală. În felul acesta marginea posterioară palatină este respectată, cadrul coanal este conservat și mucoasa nazală păstrată, realizînd toate elementele care nu vor mai permite refacerea cicatriceală fibroasă la nivelul coanei.

Plasarea unui tub de dren în fosa nazală și cavum, așa cum s-a menționat anterior, care se păstrează timp de două săptămîni.

Suturarea lamboului palatin : prin puncte izolate, cu ace și fire fine.

● **Tehnica rezecției diafragmului coanal pe cale nazală**

Este o tehnică folosită în ultimul timp mai puțin. Poate fi aplicată numai la adult și la copii mari. Lemariey practică această intervenție în trei timpi, cu pauză de două săptămîni între ei. Cei trei timpi sînt : rezecția cornetului inferior ; rezecția cloazonului, întinsă posterior cît mai mult posibil, și rezecția peretelui coanal.

Intervenția de rezecție a peretelui coanal, ca și ceilalți doi timpi anteriori se execută cu anestezie locală. Înainte de începerea intervenției este tamponat cavumul.

Incizia cloazonului. Înăuntru se practică incizia cloazonului, începînd de la nivelul planșeului fosei nazale pînă la sfenoid.

Secțiunea blocului osos coanal : în jos se execută rezecția blocului osos cu dalta. Cea mai internă dintre loviturile de daltă dezinseră piciorul osos al cloazonului.

Secțiunea părții superioare. Superior se dau cîteva lovituri de daltă paralele cu corpul sfenoidului, cea mai internă avînd scopul de a dezinsera vomerul.

Regularizarea marginilor orificiului creat. Marginile orificiului creat sînt regularizate și se îndepărtează fragmentele osoase rezultate cu o pensă.

Tamponamentul se face cu un tampon strîns, timp de cinci zile.

Tratament postoperator. Pe durata tamponamentului sînt administrate antibiotice. Dacă este nevoie tratamentul mai poate fi continuat.

Tehnica rezecției diafragmului coanal pe cale nazală are marele dezavantaj că sacrifică cornetul inferior, bolnavul fiind nevoit să suporte toate consecințele. Pentru a evita sacrificarea cornetului inferior s-a mai imaginat o variantă a menționatei tehnici. Această variantă folosește drept cale de acces o incizie semicirculară cu concavitatea superioară, care pornește de la cloazon, urmează direcția orizontală impusă de planșeul fosei nazale și urcă înaintea și în afara capului cornetului inferior. Mucoasa este decolată și ridicată. Se fracturează cornetul in-

Scanned with OKEN Scanner

ferior și se împinge lateral. Este creată astfel o cale de a ajunge la diafragmul osos coanal, de a executa trepanarea și rezecția acestuia fără a se sacrifica cornetul inferior.

7.2.4. TEHNICILE CORECTĂRII RINITELOR CRONICE HIPERTROFICE

Rinitele cronice hipertrofice sînt inflamații cronice, caracterizate printr-o degenerare, hipertrofică sau edematoasă, a mucoasei pituitare. Ele urmează ca evoluție rinitelor catarale cronice, trecerea făcîndu-se în timp și fără o delimitare precisă. Procesul hipertrofic poate interesa mucoasa pituitară în mod difuz, constituind rinita cronică hipertrofică difuză, sau procesul apare delimitat în anumite zone ale mucoasei, constituind rinita cronică hipertrofică localizată.

Oricum s-ar prezenta hipertrofia, difuz sau localizat, ea are o evoluție caracterizată prin trecerea către diferite faze anatomopatologice, ce pot fi bine delimitate clinic. Astfel, la început procesul are un aspect congestiv, vasomotor, caracterizat printr-o hipertrofie moale a mucoasei. În această fază sistemul erectil nu este interesat sau este afectat în mică măsură, fibrele musculare din pereții vasculari nefiind încă antrenate într-un proces avansat de degenerare. În această situație mucoasa — păstrîndu-și vasomotricitatea — este depresibilă la atingerea cu stiletul butonat și se retractă evident ulterior tamponării cu soluție de cocaină 5% adrenalinată. După această fază, în urma evoluției procesului anatomopatologic, se instalează o metaplazie pavimentoasă a epiteliului mucoasei, însoțită de hipertrofie glandulară, infiltrație și îngroșare a stratului subepitelial, la care se adaugă un element esențial, apariția fenomenului de degenerescență a fibrelor musculare. Toate acestea duc la o infiltrație limfo-histiocitară cu stază circulatorie. Progresiv, vasomotricitatea dispare, mucoasa nu se mai retractă prin tamponare cu soluție de cocaină 5% adrenalinată și are un aspect palid violaceu.

Procesul se poate opri în această fază sau să evolueze prin transformarea edematoasă a mucoasei pituitare într-o hipertrofie mixomatoasă ori polipoasă, datorită unei infiltrații difuze a corionului, a fibrelor musculare și sistemului glandular. La aceasta se adaugă un proces de hipercolagenoză intervasculară (Racoveanu). Clinic, mucoasa apare de aspect translucid, albicios.

În rinitele cronice hipertrofice localizate procesul anatomopatologic urmează același curs evolutiv, cu deosebirea că procesul degenerativ al mucoasei pituitare se localizează cu predominanță în zonele mai des afectate ale acesteia. Astfel, cea mai frecventă localizare a procesului degenerativ al mucoasei pituitare este la nivelul cozilor cornetelor inferioare. Prin rinoscopie posterioară cozile cornetelor apar mult hipertrofiate, ajungînd uneori să obstrueze complet orificiile coanale. Ele sînt colorate în roșu violaceu, uneori albicios, cu aspect polipoid sau muriform. Hipertrofia cozilor de cornete inferioare este bilaterală, poate fi inegală și uneori ia așa proporții, încît se apropie pe linia mediană înapoia marginii septale.

Scanned with OKEN Scanner

Hipertrofia capetelor cornetelor se întîlnește mai rar decît cea a cozilor cornetelor și este localizată mai frecvent la nivelul capului cornetului mijlociu.

Mucoasa urmează procesul degenerativ expus anterior. Capul cornetului inferior este și el interesat în procesul degenerativ, care poate obstrua fosa nazală, creînd mari dificultăți respiratorii. Uneori se observă o localizare a hipertrofiei mucoasei pituitare la nivelul extremității posterioare a septului nazal, numite și aripioarele septului. Alteori se constată o hipertrofie a mucoasei la nivelul tuberculului septal.

Dintre rinitele cronice hipertrofice, cele care beneficiază de tratament chirurgical sînt rinitele cronice hipertrofice localizate.

7.2.4.1. TEHNICA GALVANOCAUTERIZĂRII CORNETELOR INFERIOARE

Principiul intervenției. Galvanocauterizarea cornetelor inferioare urmărește — prin procesul de cauterizare a mucoasei cornetului — formarea unei cicatrice retractile care să micșoreze volumul cornetului, permițînd o mai bună permeabilitate a foselor nazale.

Indicații: în hipertrofiile congestive vasomotorii, în hipertrofiile moi, care prin aplicarea de meși cu cocaină soluție 5% adrenalinată își reduc mult volumul. Este așa-numita formă vasomotorie reversibilă.

Contraindicații. Intervenția nu dă rezultate în hipertrofiile care au depășit stadiul vasomotor, cînd retracția mucoasei după aplicarea soluției de cocaină 5% adrenalinată în fosele nazale nu se mai produce.

Pregătirea preoperatorie. În seara dinaintea intervenției bolnavul primește o medicație sedativă. De asemenea, cu patruzeci de minute înainte de intervenție i se administrează o medicație sedativă și anestezia de bază. Perii din ambele vestibule nazale sînt tunși și se șterge locul bine cu alcool (înainte și după tunderea perilor).

Instrumentarul: specul nazal obișnuit; specul nazal autostatic; pensă în baionetă; pensă cudată pentru nas; mîner galvanocauter; diferite forme de cautere care se adaptează la mîner.

Poziția bolnavului: așezat pe scaunul de operat în poziție șezîndă, nerezemat de spătarul scaunului, cu capul drept privind medicul operator. Sora susține capul bolnavului cu mîna dreaptă pe frunte și mîna stîngă pe ceafa bolnavului.

Poziția chirurgului: pe un scaun rotativ, în fața bolnavului.

Cîmpul operator. Bolnavului i se prinde de gît un șorț de cauciuc nesteril. Se șterge bine fața cu alcool, insistînd asupra piramidei nazale și vestibulelor nazale. Sînt aplicate două cîmpuri sterile: unul să acopere

Scanned with OKEN Scanner

șorțul, iar altul, cu gaură, peste fața și capul bolnavului, rămînînd descoperită numai piramida nazală cu cele două orificii narinare.

Anestezia: de suprafață, prin imbibiție, introducîndu-se cîteva meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 10% adrenalinată și așezate supraetajat între cornete și sept.

Galvanocauterizarea. Se alege și se adaptează la mînerul galvanocauterului o piesă de cauterizat în raport cu spațiul ce există între cornet și sept, după ce am scos tampoanele cu cocaină, astfel încît galvanocauterizarea să intereseze numai fața internă și superioară a cornetului, neatingînd septul pentru a se evita formarea sinechiilor. Cu ajutorul speculului nazal, care dilată narina, se introduce galvanocauterul stins în nas pînă la extremitatea posterioară a cornetului, cînd platina se apasă pe suprafața internă a cornetului, cît mai către bază. Atunci se apasă pe butonul de contact al mînerului, galvanocauterul se aprinde și — ținînd contactul permanent cu suprafața cornetului, asupra căreia exercităm o presiune — tragem galvanocauterul dinapoi înainte, pînă ajungem la capătul cornetului. Nu stingem galvanocauterul și, cu mare grijă să nu atingem partea anterioară a septului sau peretii vestibulului, îl scoatem aprins afară. Dacă stingem galvanocauterul cînd el mai este în contact cu cornetul riscăm ca, prin tracțiunea în afară a acestuia, să smulgem o parte din mucoasa cornetului, producînd o sîngerare care incomodează continuarea intervenției. De îndată ce se începe arderea mucoasei începe să iasă fum pe nările bolnavului, împiedicînd vizibilitatea. Bolnavul este sfătuit să dea fumul în afară prin expirație pe nas.

Înainte de începerea galvanocauterizării trebuie reglat transformatorul astfel, încît platina să capete prin aprindere culoarea de roșu închis, ca să poată arde bine mucoasa. Cînd este reglat la culoarea alb strălucitor doar secționează mucoasa. În continuare mai sînt executate încă unul sau două trasee asemănătoare cu primul, acestea fiind suprapuse. Se procedează la fel și de partea opusă, în aceeași ședință sau în ședințe separate, după caz.

Evoluția postoperatorie. După galvanocauterizare are loc o reacție locală de tumefiere a mucoasei, cu obstrucție nazală și o creștere a secrețiilor. Bolnavul trebuie prevenit de aceste urmări pentru a nu se neliniști. Zona mucoasei cauterizate se elimină în aproximativ o săptămînă, sub forma unor false membrane, singure sau scoase de chirurg cu pensa.

Tratament postoperator. Este prescrisă o pomadă vazoconstrictoare, ce se introduce de cîteva ori pe zi în nas. Administrarea pomezii poate alterna cu cea a rinofugului, sub formă de picături, care menține mucoasa cornetelor într-o retracție permanentă, pentru a nu sta mult timp în contact cu septul, evitînd astfel formarea sinechiilor.

Zilnic bolnavul va fi cocainizat prin introducerea de meși de vată îmbibate cu soluție de cocaină 5% adrenalinată și observat să nu înceapă constituirea sinechiilor. Cocainizarea durează pînă cînd falsele membrane s-au eliminat, secrețiile au scăzut, iar mucoasa turbinală nu mai

Scanned with OKEN Scanner

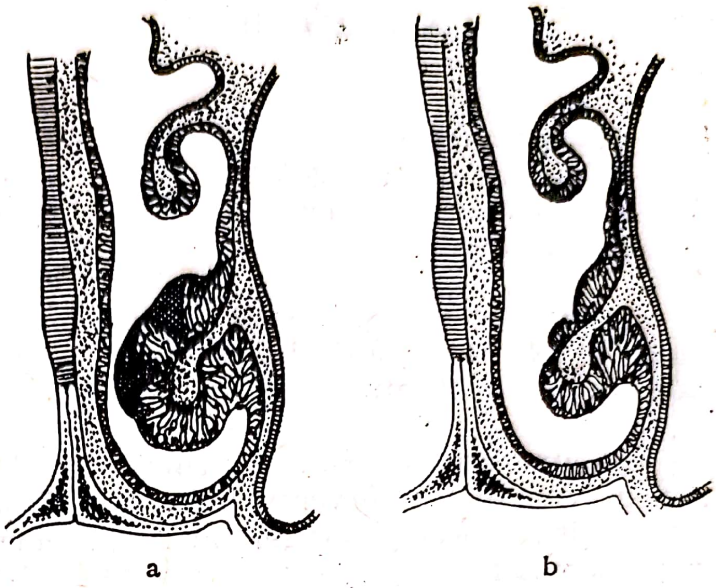


Fig. 139. Cauterizarea cornetelor inferioare (după Laurens): *a.* Zonele haşurate reprezintă porţiunile cauterizate; *b.* Retracţia cicatriceală a mucoasei cu micşorarea volumului cornetului.

intră în contact cu septul şi, deci, pericolul formării sinechiilor a dispărut.

Accidente şi complicaţii. Epistaxisul se produce mai ales dacă galvanocauterul s-a scos stins înainte de a pierde contactul cu mucoasa turbinală.

Sinechiile apar cînd în timpul galvanocauterizării a fost interesată şi suprafaţa septală, iar cele două suprafeţe rămîn mult timp în contact. Prin aplicarea vazoconstrictoarelor în fosele nazale după intervenţie şi cocainizare zilnică, cu ajutorul meşilor introduse între cornet şi sept, se previne sau se împiedică formarea sinechiilor.

Obstrucţia orificiului tubar, rar întîlnită, apare dacă cauterizarea la extremitatea posterioară a început în regiunea orificiului tubar.

Apariţia de cicatrice retractile stenozante, la nivelul vestibulelor nazale, atunci cînd galvanocauterul aprins este scos şi se produc — destul de rar — arderi ale tegumentelor vestibulare.

Rezultate : foarte bune. În timp se formează cicatrice retractile ale mucoasei turbinale, ce duc la micşorarea ca volum a cornetelor. După terminarea formării cicatricelor, cornetele — micşorîndu-şi volumul — permeabilizează bine fosele nazale, ameliorînd mult respiraţia nazală. În cazul că rezultatul obţinut nu satisface, întrucît nu s-a executat o cauterizare fermă sau nu s-au trasat suficiente linii cu galvanocauterul pe cornet, intervenţia se poate repeta după cîteva luni. Sînt cazuri cînd — deşi galvanocauterizarea s-a făcut corect şi s-au obţinut rezultate bune — după cîţiva ani se observă hipertrofierea cornetelor, care necesită o nouă intervenţie. În aceste situaţii trebuie să stabilim precis dacă este vorba tot de o hipertrofie vasomotorie — şi în cazul acesta se poate repeta galvanocauterizarea — sau de una degenerată ireversibilă, la care este necesar să se intervină prin rezecţia parţială a mucoasei hipertrofice şi degenerate.

Scanned with OKEN Scanner

7.2.4.2. TEHNICA REZECȚIEI PARȚIALE A CORNETELOR INFERIOARE

Scopul intervenției : recalibrarea foselor nazale prin excizia unei părți hipertrofiate și degenerate a cornetelor, în scopul micșorării volumului acestora și permeabilității foselor nazale. Excizia este bine să fie parcimonioasă.

Indicații : în hipertrofiile degenerative ireversibile, ce micșorează calibrul foselor nazale, dînd obstrucția nazală respiratorie, mai mult sau mai puțin accentuată.

Contraindicații : sînt în primul rînd legate de vîrstă : în prima și a doua copilărie intervenția este oprită, obținîndu-se uneori rezultate bune prin chiuretajul vegetațiilor adenoide și tratament antialergic și antiinflamator.

Rinita cronică hipertrofică preatrofică, care se întîlnește numai în ozenă și este caracterizată de prezența crustelor fetide, constituie o contraindicație absolută pentru executarea rezecției parțiale a cornetelor inferioare.

Pregătirea preoperatorie. Se administrează în seara dinaintea intervenției o medicație sedativă. În ziua intervenției, cu patruzeci de minute înaintea operației, bolnavului i se mai dau medicația sedativă, anestezia de bază, precum și medicația hemostatică. Se dezinfectează cu alcool vestibulele nazale, sînt tunși perii din vestibule și apoi se dezinfectează din nou cu alcool vestibulele.

Instrumentarul : specul nazal obișnuit ; specul nazal autostatic Palmer ; foarfece curb pentru cornete ; pensă Struycken ; polipotom cu ansa rece ; pensă Luc ; pensă în baionetă ; pensă cudată pentru nas.

Anestezia : prin introducerea de meși de vată supraetajate îmbibate cu soluție de cocaină 10% adrenalinată, care realizează o anestezie de suprafață prin imbibiție suficient de bună pentru executarea intervenției.

Poziția bolnavului : de regulă, așezat pe scaun, în poziție șezîndă. Aubry recomandă ca bolnavul să stea culcat, în scopul evitării accidentelor sincopale din timpul intervenției.

În cazul în care bolnavul este operat în poziție șezîndă pe scaun, sora, plasată în dreapta bolnavului, îi susține capul cu mîna dreaptă sprijinită pe frunte, iar mîna stîngă, pe ceafa bolnavului.

Poziția chirurgului : în fața bolnavului, pe un scaun rotativ.

Cîmpul operator. Bolnavului i se pune în față un șorț de cauciuc nesteril. Este apoi ștearsă fața fie cu alcool, ferind ochii, cu două comprese sterile. Se insistă mai mult asupra piramidei și vestibulelor nazale. Cîmpul steril este aplicat peste șorțul de cauciuc. El se prinde

Scanned with OKEN Scanner

la spatele bolnavului cu o pensă de cîmp (rac). Se pune un al doilea cîmp steril cu gaură, care acoperă capul și fața, rămînînd descoperită numai piramida nazală, cu vestibulele.

Rezecția parțială a mucoasei hipertrofiate a cornetului. Excizia trebuie să intereseze doar țesuturile moi ale cornetului, scheletul osos fiind respectat. Această excizie se execută cu foarfecele curb pentru cornete sau pensa Struycken, la care se mai adaugă ansa rece, cînd se rezecă și coada cornetului, hipertrofiată. Foarfecele curb ori pensa Struycken este folosită dacă hipertrofia — mai marcată — se află la nivelul marginii inferioare a cornetului. Excizia începe de la extremitatea anterioară a cornetului și se execută nu dintr-o dată, ci din aproape în aproape, pînă la extremitatea posterioară. Cu o pensă în baionetă sau o pensă cudată pentru nas este extrasă mucoasa excizată.

Hemostaza: depinde foarte mult de pregătirea medicamentoasă, hemostatică, ce s-a făcut bolnavului, și de traumatismul operator. Cînd s-a efectuat o bună pregătire preoperatorie bolnavului, cu medicație hemostatică adecvată, și s-a intervenit fără brutalitate, hemostaza este făcută în timp de zece sau cincisprezece minute, după terminarea actului chirurgical. În cazul că hemoragia se prelungește este aplicat un tamponament anterior, păstrat după caz — douăzeci și patru sau patruzeci și opt de ore.

Evoluție postoperatorie: o zi ori două cît este menținut tamponamentul, bolnavul are dureri de cap, stare de disconfort, uneori subfebricitează.

Îngrijiri postoperatorii: se administrează antibiotice cît timp se menține tamponamentul și apoi în continuare dacă este nevoie. Întrucît bolnavul este obligat să respire pe gură trebuie să i se dea să bea des ceaiuri sau limonadă și i se vor umezi buzele cu comprese îmbibate cu apă ori ceai. În cazul că hemoragia mai continuă chiar prin tamponament se va administra o medicație hemostatică în continuare. După detamponare bolnavului i se vor introduce zilnic meșe cu cocaină soluție 5% cu adrenalină, pînă ne convingem că pericolul formării sinechiilor a trecut și i se vor recomanda pomezi vazoconstrictoare de pus în nas.

Accidente și complicații: sincopa anestezică sau emoțională poate să apară înainte de operație, cît timp bolnavul are tampoanele cu cocaină în fosele nazale, ori în timpul operației. Oricînd apare, trebuie culcat imediat, la nevoie chiar flagelat. De obicei bolnavul — care în această situație prezintă paloare, ameteli, transpirații reci — își revine la scurt timp după ce a fost culcat. Dacă bănuim că anestezicul i-a produs această stare, detamponăm bolnavul, scoțîndu-i meșele cu cocaină introduse în fosele nazale și executăm intervenția cu anestezia ce s-a făcut pînă la îndepărtarea meșilor.

Hemoragia intraoperatorie nu este de regulă importantă, mai ales dacă bolnavul a fost bine pregătit și intervenția nu a fost prea traumatizantă.

Scanned with OKEN Scanner

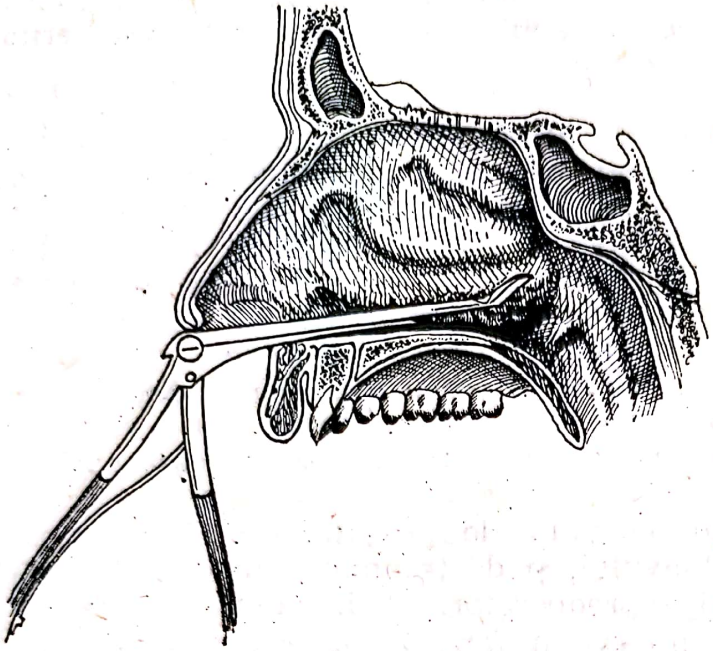


Fig. 140. Rezecția parțială a cornetului inferior (după Laurens).

Hemoragia postoperatorie precoce este mai de temut și, în situația că nu poate fi stăpînită în decurs de zece minute, este mai bine să se facă un tamponament anterior. Se pot ivi cazuri ca hemoragia să aibă punctul de plecare mai posterior — cînd în rezecție este interesată și coada cornetului. Atunci este nevoie să se recurgă la un tamponament posterior.

Hemoragia tardivă, care de obicei este prezentă în perioada eliminării falselor membrane, apare după aproximativ o săptămînă de la intervenție sau mai devreme cînd se face detamponarea. Este oprită prin cocainizare ori aplicare de meși cu adrenalină local.

Sinechiile sînt punți cicatriceale fibromucoase, ce se organizează între marginea cornetului pe care s-a intervenit și septul nazal, dacă acestea vin în contact și se mențin astfel o perioadă mai mare de timp. De aceea, după detamponare bolnavii operați trebuie zilnic examinați de operator și tratați cu meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 5% adrenalinată, pentru a produce retracția mucoasei cornetelor și a întrerupe contactul acestora cu septul. Vor fi prescrise — totodată — pomezi vazoconstrictoare și rinofug.

Rezultate : dacă intervenția a fost bine executată se obține permeabilitatea bună a foselor nazale, permițînd o respirație nazală normală, care face să dispară toate fenomenele locale și regionale ce decurgeau din obstrucția nazală.

7.2.4.3. TEHNICA REZECȚIEI CORNETELOR MIJLOCII

Indicații : concă buloasă, cînd capul cornetului mărit — din cauza prezenței veziculei osoase — poate da fenomene de obstrucție sau neuroreflexe ; degenerescență polipoidă a cornetului mijlociu ; pentru a per-

mite abordarea pe cale nazală a sinusului sfenoidal; în tratamentul endonazal al etmoiditelor și sinuzitelor frontale.

Poziția bolnavului: așezat pe scaun, cu capul susținut de soră cu mîna dreaptă pe frunte și cu mîna stîngă pe ceafa bolnavului. Bolnavul poate fi așezat și pe masa de operat.

Poziția chirurgului: în cazul că bolnavul este operat pe scaun, chirurgul este așezat în fața sa pe un scaun rotativ.

Cîmpul operator: i se pune bolnavului în față un șorț de cauciuc nesteril. Fața este bine ștearsă cu alcool, respectînd regiunea oculară, acoperită cu comprese sterile. Piramida nazală și vestibulele nazale sînt șterse mai insistent. Se aplică un cîmp steril ce acoperă șorțul de cauciuc, care este prins la spatele bolnavului cu o pensă de cîmpuri. Capul și fața sînt acoperite de un cîmp cu gaură, ce permite piramidei nazale să fie descoperită.

Pregătirea preoperatorie: asemănătoare intervenției pentru rezecția parțială a cornetelor inferioare, constînd în administrarea unei medicații sedative în seara dinaintea operației și cu treizeci sau patruzeci de minute înaintea intervenției. Se administrează și în acest caz anestezia de bază și un tratament hemostatic bine condus.

Tunderea perilor din vestibulele nazale nu trebuie neglijată și nici ștergerea cu alcool local, înainte și după tundere.

Anestezia: suficientă anestezia de suprafață, executată prin introducerea de meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 10% cu adrenalină supraetajate, și anestezia de bază, care s-a făcut cu patruzeci de minute înaintea intervenției.

Rezecția: limitat, în porțiunea anterioară, în caz de conca buloasa sau de sinuzite frontoedmoidale anterioare. Pentru fosele nazale înguste și în cura radicală etmoido-sfenoidală transmaxilară se rezecă tot cornetul cu pensa Luc, pensa Struycken sau cu ansa rece.

Incidente și accidente: rezecția cornetelor mijlocii se va face numai cînd este absolut necesar, deoarece în urma rezecției, mai ales în fosele nazale mai largi, se ajunge la atrofia mucoasei cu formare de cruste.

Rezecția cornetelor mijlocii sau a lamelor acestora poate da — prin rănirea arterei sfenopalatine la nivelul cozii cornetului — o hemoragie gravă.

Îngrijiri postoperatorii: tamponarea foselor nazale după rezecția cornetului mijlociu nu se va face decît în caz de hemoragii importante și numai administrînd local și parenteral antibiotice, deoarece stagnarea secrețiilor în meatul mijlociu predispune la complicații grave.

Scanned with OKEN Scanner

Tamponamentul după o hemoragie importantă nu trebuie prelungit, iar detamponarea se va face cu mare atenție, pentru a nu se repeta hemoragia. Antibioticele se vor administra tot timpul cît se menține tamponamentul și după aceea cît va fi nevoie.

7.2.4.4. TEHNICA CORECTĂRII COZILOR DE CORNET

Scopul intervenției : rezecarea cozii cornetelor hipertrofiate, care uneori atinge proporții mari, creînd obstrucție nazală, cu toate consecințele locale, regionale și generale ce decurg din aceasta.

Pregătiri preoperatorii : se administrează în seara dinaintea operației medicația sedativă și hemostatică. În dimineața operației, cu treizeci sau patruzeci de minute înaintea intervenției sînt date medicația sedativă și anestezia de bază.

Părul din vestibulele nazale este tuns cu forfecuța curbă și se dezinfectează local bine cu alcool.

Instrumentarul : specul nazal ; polipotom cu ansă rece ; pensă Luc ; pensă în baionetă ; pensă cudată pentru nas.

Anestezia : în această intervenție este bine să nu se folosească cocaina în soluție adrenalinată, deoarece produce retracția mucoasei, cu micșorarea cozii de cornet. De aceea este recomandată xilina 2%.

Pregătirea și montarea ansei reci : este important ca ansa cînd se angajează în jurul cozii cornetului să se situeze pe o poziție perpendiculară față de acesta și să o sugrume la baza sa.

Cousteau a imaginat un procedeu simplu, imprimînd ansei reci normale verticale două cuduri perpendiculare la distanță de 3 mm una de alta. Prin sistemul de mișcare al ansei, aceasta este retrasă și își recapătă poziția verticală. Ansa este acum pregătită și poate fi întrebuințată.

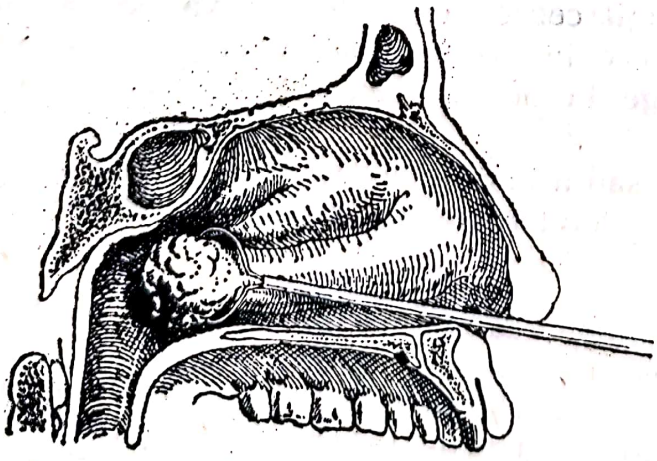


Fig .141. Secțiunea cozii cornetului cu ansa (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

Introducerea ansei: cu ajutorul unui specul nazal se introduce încet polipotomul în fosa nazală, de-a lungul planșeului nazal, pînă la peretele posterior al faringelui, cu ansa verticală.

Angajarea în ansă a cozii de cornet: se împinge ușor înainte cursorul mobil al polipotomului, care scoate mai mult în afară ansa. Aceasta, din cauza cudurilor imprimate anterior, prin ieșirea din tub, ia o poziție perpendiculară pe acesta și deci și față de axul cozii de cornet se situează tot perpendicular.

Secțiunea: ansa polipotomului înconjoară coada cornetului și, retrăgînd spre afară instrumentul, se angajează către baza cozii cornetului. Se strînge atunci ansa — cîteva minute — din ce în ce mai mult, dar cît mai încet posibil, evitîndu-se astfel hemoragia. După aceea este extras cu blîndețe din fosa nazală polipotomul. De cele mai multe ori coada cornetului, strangulată la baza sa, atîrnă în vîrful instrumentului.

Extragerea cozii de cornet se mai poate face folosind pensa Luc, care se introduce pînă înapoia cornetului inferior, prinde coada de cornet și apoi, prin mișcări de torsiune și împingere din afară înăuntru, o detașează de corpul cornetului. Nu se va imprima niciodată pensei — după ce a prins coada de cornet — o mișcare dinăuntru în afară, deoarece deșiră toată mucoasa cornetului și mărește hemoragia.

Îngrijiri postoperatorii: dacă hemoragia nu se oprește în zece minute este nevoie ca bolnavul să fie tamponat anterior sau, în unele cazuri, posterior. Tamponamentul va fi menținut douăzeci și patru sau patruzeci și opt de ore, după caz. În toată această perioadă se vor administra antibiotice și hemostatice.

Supravegherea după detamponare va fi zilnică, pînă medicul se asigură că evoluția este normală și nici o complicație nu mai este posibilă.

7.2.4.5. TEHNICA FRACTURĂRII CORNETELOR INFERIOARE

Scopul intervenției: recalibrarea foselor nazale și permeabilizarea acestora, în hipertrofia scheletului cornetului inferior.

Indicații: în obstrucțiile nazale, provocate de hipertrofia scheletului cornetului inferior, fără ca mucoasa acestuia să fie interesată.

Pregătirea preoperatorie: această intervenție nu cere pregătiri preoperatorii deosebite, în afară de tunderea perilor din vestibulele nazale și dezinfecția cu alcool.

Instrumentarul: specul nazal obișnuit; specul nazal autostatic; specul nazal Killian cu brațe lungi; pensă Luc; pensă Brünnings; pensă în baionetă; pensă cudată pentru nas.

Scanned with OKEN Scanner

Poziția bolnavului : așezat pe scaunul de operat în poziție șezîndă, sora susținîndu-i capul cu mîna dreaptă pe frunte și mîna stîngă pe ceafă.

Poziția operatorului : în fața bolnavului, pe un scaun rotativ.

Cîmpul operator : bolnavului i se pune în față un șorț de cauciuc nesteril.

Se șterge bine fața cu alcool, insistînd asupra piramidei nazale și vestibulelor nazale. Este aplicat un cîmp steril, peste șorțul de cauciuc, care se prinde cu o pensă în spatele bolnavului. Al doilea cîmp steril, cu gaură, acoperă capul și fața bolnavului, lăsînd descoperită numai piramida nazală.

Anestezia : este suficientă anestezia de suprafață cu cocaină soluție 10% adrenalinată, aplicată local în fosele nazale, prin meși de vată îmbibate în soluție anestezică.

Fracturarea : cu ajutorul unui specul Killian — cînd hipertrofia scheletală este bilaterală — este introdus un braț într-una din fosele nazale, iar celălalt, în a doua fosă. Prin depărtarea brațelor, situate pe fața internă a ambelor cornete, cornetele sînt fracturate la baza lor de implantație. Bolnavul simte o pîrîitură, ce confirmă fracturarea. Această intervenție se mai poate executa cu pensele Luc sau Brünnings.

În malformațiile septului nazal cu fosele nazale mai strîmte se poate asocia la fracturarea cornetelor nazale și deplasarea lor laterală spre peretele extern al foselor nazale, pentru a obține o recalibrare mai bună.

Tamponamentul : fără a fi obligatoriu, este bine să fie făcut, în scopul menținerii cornetelor fracturate cît mai lipite de peretele extern al foselor nazale.

Tamponamentul se păstrează patruzeci și opt de ore, timp în care se administrează antibiotice. Dacă trebuie prelungit, tamponamentul va fi schimbat neapărat după două zile. În cazul acesta antibioticele se vor da în continuare.

7.2.5. TEHNICA POLIPOTOMIEI NAZALE

Polipii foselor nazale sînt formațiuni de aspect polipoid, care iau naștere în urma unei degenerescențe edematoase a mucoasei nazale. Cauzele cele mai frecvente ale apariției unei polipoze nazale sînt fie sinuzitele supurate cronice, fie un proces alergic vechi. În ambele cazuri trebuie tratate cauzele mai întîi, deoarece ele constituie motive de recidivă, iar prin tratarea corectă a procesului alergic formațiunile polipoase pot regresa.

În situațiile în care s-a ajuns la apariția unor polipi mari, ce obstruează fosele nazale, trebuie intervenit chirurgical și în paralel tratată și cauza.

Scanned with OKEN Scanner

Scopul intervenției: extragerea formațiunilor polipoase din fosele nazale, pentru a restabili permeabilitatea acestora și a face posibilă respirația pe cale nazală.

Indicații: în formele cu polipi mari, se obstruează total sau aproape total fosele nazale.

Contraindicații: în formele cu polipi mici provocați de procese sinuzale cronice sau alergice, cînd este necesar să se trateze mai degrabă cauzele.

Pregătirea preoperatorie: în seara dinaintea operației se administrează o medicație sedativă și antialergică. În dimineața operației, cu patruzeci de minute înainte, se mai poate da o premedicație sedativă și antialergică. Cu treizeci de minute înaintea operației se va face anestezia de bază. Vestibulele nazale sînt șterse bine cu alcool și apoi sînt tunși perii. După tundere se mai șterge o dată cu alcool.

Instrumentarul: specul nazal; polipotom cu ansă rece; pensă Luc; chiuretă pentru etmoid model Moure; pensă în baionetă; pense nazale cudate; stilete butonate; pense pentru cîmpuri.

Poziția bolnavului: șezîndă, pe scaunul de operat, avînd capul susținut de o soră cu mîna dreaptă pe frunte și mîna stîngă pe ceafă.

Poziția chirurgului: așezat în fața bolnavului, pe un scaun rotativ.

Cîmpul operator: se prinde în fața bolnavului un șorț de cauciuc sau material plastic. Fața bolnavului este ștearsă bine cu alcool, insistîndu-se asupra piramidei și vestibulelor nazale. Se aplică un cîmp steril peste șorțul de cauciuc, pînă la bărbie, care se prinde la spatele bolnavului cu o pensă de cîmpuri. Pe capul și fața bolnavului este pus un cîmp cu gaură, care să lase descoperită numai piramida nazală.

Anestezia: de suprafață, cu meși de vată îmbibate cu soluție de cocaină 10% fără adrenalină, pentru a nu produce retracția pasageră a formațiunilor polipoase.

Extirparea polipilor: prin speculul nazal se face un control asupra formațiunilor ce trebuie extirpate, după ce în prealabil s-au scos meșile cu cocaină. Bolnavul este pus să expire forțat pe nas, pentru a aduce cît mai în față polipii. Cu un stilet butonat sînt apreciate mărimea și locul de inserție al polipilor în mod succesiv, pe măsură ce sînt extirpați, cu ajutorul polipotomului cu ansa rece sau al pensei Luc. Polipotomul este introdus cu ansa exteriorizată, în poziție verticală față de axul polipotomului, strecurîndu-l ușor pe suprafața septului, insinuînd ansa între sept și polipul ales să fie extirpat. Se imprimă după aceea ansei o mișcare de rotație, pentru a o situa sub polip, și — prin mișcări ușoare — polipul este angajat în ansă; apoi ansa va fi ridicată cît mai sus, pentru a ajunge la pedicul polipului. După ce ansa a fost

Scanned with OKEN Scanner

strînsă medicul își poate da seama dacă polipul a fost prins în ansă pînă la nivelul pediculului. Acum unii autori propun secționarea pediculului, prin strîngerea ansei, deoarece actul operator este mai puțin sîngerînd. Alții recomandă smulgerea polipului, după ce ansa a fost strînsă în jurul pediculului, justificînd că în acest fel se face o extirpare mai completă a formației polipoase la baza sa de inserție. Noi preferăm varianta mai puțin sîngerîndă. Procedăm în același mod cu toate formațiunile polipoase care ne apar în cîmpul vizual, mergînd dinainte înapoi, pînă se eliberează întreaga fosă nazală. Din cînd în cînd, punem bolnavul să execute pe nas o expirație forțată, pentru a aduce cît mai în față eventualele formațiuni polipoase, ce ar aluneca posterior sau s-ar mai ascunde în meatul mijlociu. Socotim intervenția terminată cînd avem vizibilitate pînă în extremitatea posterioară a fosei nazale, iar prin inspirație și expirație forțată nu se percepe sunetul de clapă și fosa nazală se simte complet degajată. Se procedează și de partea opusă în același mod.

Pensa Luc este bine să fie folosită în cazul formațiunilor polipoase de mai mici dimensiuni, ce umplu meatul mijlociu și care sînt consecința unui proces de etmoidită. Extirparea polipilor va urma aceeași succesiune dinainte înapoi. Se poate întîmpla ca din pricina sîngerării formațiunile polipoase să nu poată fi extirpate într-o singură ședință. Ele se pot extirpa într-o altă ședință.

Coagularea rădăcinii polipilor: pentru a evita recidive, unii autori — cum este Bourdial — recomandă o coagulare prudentă și superficială a zonei de implantare etmoidală a polipilor, mai ales la cei cauzați de un proces alergic (Aubry).

Evoluția postoperatorie: dacă bolnavul nu se tamponează după intervenție, evoluția este bună, respirația — restabilită în mare parte — se ameliorează în următoarele zile, cînd efectele traumatismului operator trec. Cînd din eroare a fost extirpat cornetul mijlociu, atunci sîngerarea este mai persistentă și bolnavul trebuie tamponat. În aceste cazuri bolnavul are o stare de disconfort creată de tamponament, cu uscăciunea buzelor și a mucoasei bucale. Pot să apară chiar fenomene otice.

Administrarea de antibiotice pe perioada tamponamentului este obligatorie .

Îngrijiri postoperatorii: bolnavul operat trebuie observat îndeaproape, i se administrează antibiotice în primele zile, îndeosebi dacă este tamponat. I se umezesc buzele și i se dau lichide, care să umecteze mucoasa bucală. În situația că sîngerează, se administrează hemostatice.

Complicații: deși această intervenție este în general ușor suportată de bolnav și nu dă griji postoperatorii, dacă nu se lucrează aseptic sau se produc efracțiuni ale peretelui orbitar sau se prelungește un tamponament pot apărea o serie de complicații, cum sînt celulite retrobulbare, flegmoanele la același nivel sau chiar tromboflebitele sinusului cavernos, meningitele și altele.

Scanned with OKEN Scanner

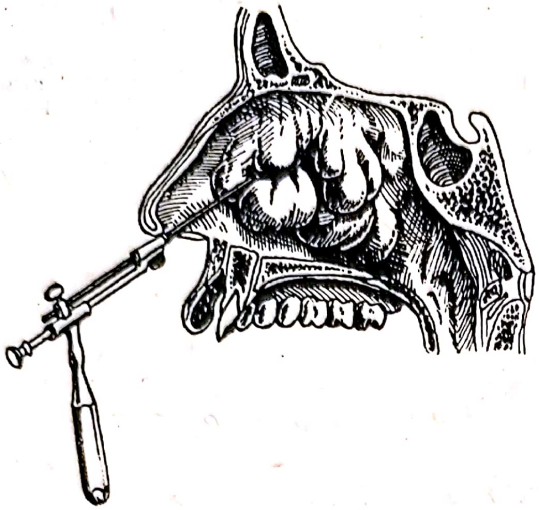


Fig. 142. Polipotomia cu ansa rece (după Moure)

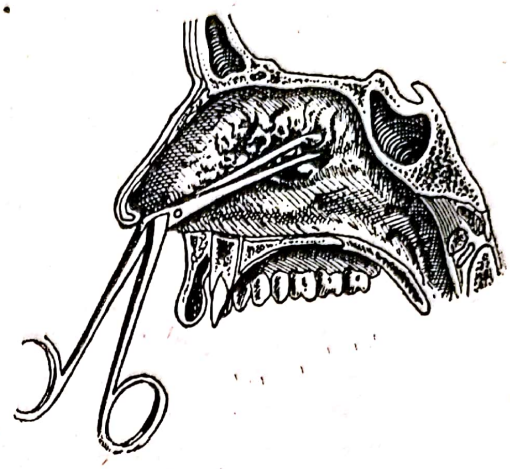


Fig. 143. Degenerescență polipoidă a sinusului etmoidal (după Moure). Polipotomia cu pensa Luc.

Rezultatele : în general sînt bune și foarte bune. Dacă se lucrează cu atenție și finețe, pentru a nu se pătrunde, mai ales cînd se folosește pensa Luc, în regiuni care trebuie ferite, evoluția postoperatorie este normală și rezultatele funcționale bune.

Se restabilește respirația nazală, element foarte important pentru bolnav, care nu se mai chinuie din cauza respirației orale. Dispar, de asemenea, anumite complicații ototubare, ce se instalează în timp, creînd mari neplăceri bolnavilor.

Prevenirea recidivelor trebuie asigurată prin aplicarea unui tratament concomitent al afecțiunilor care au produs polipoza nazală, ca rinosinuzitele cronice și alergia.

7.2.6. TEHNICA ABLAȚIEI POLIPULUI SÎNGERÎND AL SEPTULUI

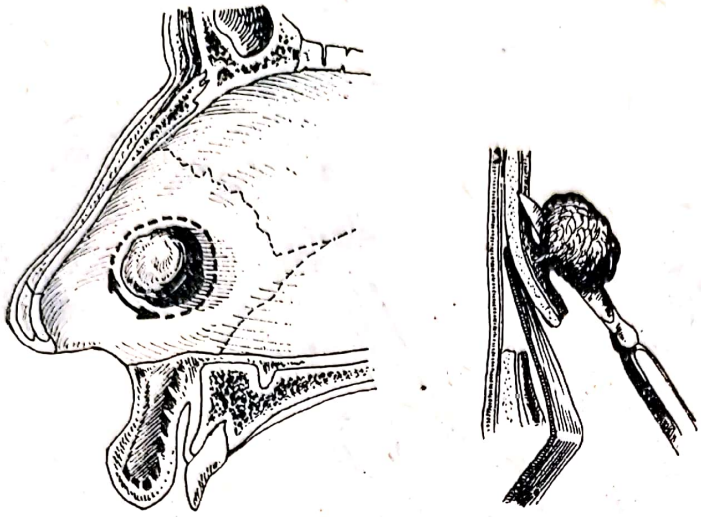
Polipii sîngerînzi ai septului nazal sînt în general tumori benigne care se încadrează în angofibroame. Sediul lor de predilecție este zona vasculară Kisselbach. Ca semne clinice menționăm prezența formațiunii polipoase în zona arătată și epistaxisuri repetate cu punct de plecare de la acest nivel. Se întîlnesc mai des la femeile tinere.

Scopul intervenției este ablația polipului, cu ridicarea soclului cartilaginos, păstrînd intactă mucoasa din partea opusă.

Pregătirea preoperatorie : se administrează o medicație sedativă în seara dinaintea operației și cu treizeci de minute înainte de intervenție. Perii din vestibulele nazale sînt tunși în partea unde se află polipul. Se șterge bine cu alcool vestibulul nazal.

Poziția bolnavului : șezîndă, pe scaunul de operat. Sora îi susține capul cu mîna dreaptă pe frunte și mîna stîngă pe ceafă.

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 144. Polipul sîngerînd al septului (după Aubry)

a. Incizia care circumscrie baza de implantare; *b.* Ablația polipului cu soclul cartilaginos păstrînd intactă mucoasa de partea opusă.

Poziția chirurgului: așezat pe un scaun rotativ în fața bolnavului.

Cîmpul operator: bolnavului i se pune în față un șorț din cauciuc sau din material plastic. I se șterge fața bine cu alcool, insistînd asupra piramidei nazale și orificiilor vestibulare. Se ocrotesc ochii cu două comprese sterile. Se aplică peste șorțul impermeabil un cîmp steril, care se prinde cu o pensă de cîmp în spatele bolnavului. Capul și fața sînt acoperite cu un cîmp cu gaură, care nu lasă descoperită decît piramida nazală și orificiile vestibulare.

Anestezia: de suprafață, prin imbibiție, introducînd în fosa nazală respectivă meși de vată îmbibată în cocaină soluție 10% adrenalinată. Se face apoi cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată o infiltrație subpericondrală în regiunea pediculului polipului și în fosa nazală opusă, la același nivel, realizînd în același timp o hidrotomie ce înlesnește decolarea.

Incizia: cu un bisturiu cu lamă scurtă și îngustă se face o incizie care să circumscrie baza de implantație a pediculului, la nu prea mare distanță de aceasta. Incizia va interesa la început mucoasa de partea în care se situează polipul și apoi se incizează pe același traseu cartilajul septal, ce constituie soclul cartilaginos, sau se incizează de la început mucoasa cu soclul cartilaginos, avînd mare grijă să nu fie lezată mucoasa de partea opusă.

Decolarea: după ce cartilajul a fost incizat cu un decolator pentru sept se decolează mucoasa, în partea opusă, de soclul cartilaginos, urmărindu-se cu mare atenție să nu fie perforată mucoasa în timpul decolării. După ce acest timp operator a fost executat se ridică în bloc polipul cu soclul său cartilaginos, rămînînd numai mucoasa de partea opusă intactă.

Scanned with OKEN Scanner

Tamponamentul: se face un tamponament nu prea strîns și numai în porțiunea anterioară care să separe regiunea sîngerîndă de cornet. Este menținut douăzeci și patru sau patruzeci și opt de ore, după caz, timp în care se administrează antibiotice.

În perioada următoare detamponării bolnavului i se vor introduce zilnic meși cu soluție de cocaină 5% adrenalinată, pentru a evita formarea unei sinechii. Aceste cocainizări durează pînă cînd medicul se convinge că pericolul formării sinechiei a dispărut.

Evoluția postoperatorie: în general este bună. Dacă bolnavul a fost tamponat are starea de disconfort dată de tamponament. După îndepărtarea tamponamentului totul intră în normal.

Complicații: perforația mucoasei de partea opusă, ce poate fi ușor evitată printr-o atentă decolare subpericondrală. Sîngerarea abundentă se întîlnește rar și este stăpînită ușor.

7.3. TUMORILE MALIGNE ALE SEPTULUI NAZAL

Tumorile maligne ale septului nazal se întîlnesc rar. Ele pot fi situate în regiunea anterioară, adică în partea cartilaginoasă a septului, sau în cea posterioară, respectiv osoasă.

7.3.1. TUMORILE REGIUNII CARTILAGINOASE A SEPTULUI

Tumorile regiunii cartilaginoase a septului se tratează, cel mai des, prin aplicarea — local — de ace de radium. Calea de acces în regiunea respectivă este creată de incizia alară, care oferă lumină suficientă aplicării acelor de radium paralel, de sus în jos. Fixarea se face cu ajutorul meșelor obișnuite, blocînd orificiul vestibular. Se suturează apoi, în două planuri, aripile nasului.

Iradierea durează patru sau cinci zile.

Aubry citează pe Pinel, care recomandă asocierea electrocoagulării cu radioterapia de contact. Prin electrocoagulare urmărește micșorarea volumului tumorii, pentru ca prin aplicarea radioterapiei de contact rezultatele să fie mai bune. Pinel este de părere că tumoarea trebuie redusă pînă la dimensiuni care să nu depășească 16 mm diametru și 5 mm grosime.

7.3.2. TUMORILE SITUATE ÎN REGIUNEA JOASĂ A SEPTULUI NAZAL

După localizarea lor, tumorile pot fi abordate pe calea Rouge-Denker.

Scanned with OKEN Scanner

7.3.3. TUMORILE SITUATE ÎN REGIUNEA MIJLOCIE A SEPTULUI NAZAL

Calea de acces către tumorile situate în regiunea mijlocie a septului nazal este cea paralateronazală inferioară, ce se realizează printr-o incizie pornind de la unghiul intern al ochiului și se prelungește pînă la aripa nasului, care este degajată, permițînd ridicarea și îndepărtarea ei în sus și în afară. Următorul tip constă în rezecția osului propriu, pentru a pune în evidență septul. Se aplică apoi acele de radium, paralel și orizontal, de sus în jos. Este efectuat blocajul obișnuit cu meșe, iar după aceea se suturează în două planuri.

7.3.4. TUMORILE SITUATE ÎN REGIUNEA SUPERIOARĂ A SEPTULUI NAZAL

Calea de acces în tumorile maligne situate în regiunea superioară a septului nazal este creată prin incizia paralateronazală înaltă, după care urmează, ca al doilea timp operator, rezecția osului propriu și a ramurii ascendente. Timpul trei constă în etmoidectomia masei laterale, ce permite o mai bună punere în evidență a septului ; timpul patru : rezecția cu bisturiul electric a septului ; timpul cinci : aplicarea — vertical — a acelor de radium în fosele nazale.

7.3.5. TUMORILE PLANȘEULUI FOSELOR NAZALE

Calea de acces, pentru tumorile situate la acest nivel, este incizia paralateronazală joasă, completată prin lărgirea orificiului piriform, după tehnica Denker, cînd tumoarea este situată mai posterior. Pentru a crea o cale mai bună de acces se practică și rezecția cornetului inferior. Tumoarea este tratată fie prin aplicarea de ace de radium, fie prin electrocoagulare.

7.3.6. TUMORILE SITUATE LA NIVELUL CORNETULUI INFERIOR

În aceste cazuri calea de acces este incizia paralateronazală inferioară. Poate fi folosită și tehnica Denker. Pentru ablația tumorii și a cornetului inferior se recurge la electrocoagulare sau se aplică ace de radium.

7.4. MALFORMAȚIILE SEPTULUI NAZAL

Prin malformațiile septului nazal se înțeleg displaziile ce constau în îngroșări, creste, pinteni, deviații sau ondulații în plan sagital ori frontal și care produc tulburări funcționale, resimțite de bolnavi.

Scanned with OKEN Scanner

Racoveanu grupează cauzele producerii malformațiilor septale în cauze endogene, unde încadrează tulburările dizarmonice de dezvoltare între cartilajul patrulater și cadrul osos etmoido-vomerian, și cauze exogene : traumatismele, care pot da fracturi sau determina direcții vicioase de creștere a septului nazal.

În majoritatea cazurilor malformațiile septului au sediul în partea anterioară, adică se situează înaintea unei linii imaginare verticale, ce coboară din extremitatea distală a oaselor proprii nazale, pînă la spina nazală anterioară. Aspectul lor este variat : îngroșări mai mult sau mai puțin accentuate și generalizate ; îngroșări limitate, realizînd creste septale și pinteni ; deviații convexe, concave ori mixte, situate în plan sagital sau frontal.

Tulburările funcționale sînt variate și în funcție de forma malformației septale, de nivelul la care se situează și de întinderea sa. Cele mai importante constau în obstrucția — mai mult sau mai puțin accentuată — a foselor nazale, obligînd bolnavul să adopte o respirație orală, și în tulburările olfactive. La acestea se adaugă tulburările produse de complicațiile locale sau regionale, ca rinosinuzite, faringo-amigdalite, otite etc.

7.4.1. INTERVENȚIILE CORECTOARE ALE MALFORMAȚIILOR SEPTULUI NAZAL

Pentru corectarea malformațiilor septului nazal, care produc tulburări funcționale, se pot executa trei genuri de intervenții chirurgicale : rezecția subpericondromucoasă, descrisă de Killian în deviațiile posterioare ; rezecția mucopericondrală sau submucopericondrală unilaterală, cu crestotomul în crestele de sept ori pinteni ai septului ; septoplastia, în deviațiile anterioare septale. Luxația marginii anterioare a cloazonului constituie o indicație pentru septoplastie (repoziție). Dacă trebuie corectat un defect estetic, care coexistă cu o malformație septală, atunci conduita chirurgicală diferă după caz : în prezența unui defect estetic ce interesează dorsul nasului în porțiunea cartilaginoasă se recomandă septoplastia (repoziția). Cînd defectul asociat cu o deviație posterioară este situat la nivelul piramidei osoase se face rezecție posterioară ; septoplastia este indicată în situația coexistenței defectului cu o deviație anterioară. În cazul unei deviații anteroposterioare întinse intervenția estetică va fi completată cu o combinație între septoplastie și rezecție (Aubry).

7.4.1.1. TEHNICA REZECȚIEI SUBPERICONDROMUCOASĂ A SEPTULUI (KILLIAN)

Scopul intervenției : rezecția pe cale subpericondromucoasă a porțiunilor malformate ale septului nazal care nu-i permit să se situeze pe linia mediană.

Scanned with OKEN Scanner

Indicații : indicațiile acestei intervenții nu sînt date de simpla prezență a malformațiilor septale, ci de tulburările funcționale și de complicațiile pe care le produc. De aceea nu trebuie să se recomande : intervenția operatorie în cazurile de deformații ale septului nazal descoperite întîmplător, la un examen de rutină, dacă bolnavul nu acuză nici o tulburare funcțională sau nu prezintă nici o complicație locală ori regională.

Contraindicații : cea mai importantă este prezența deviației anterioare a cloazonului, care se poate manifesta fie sub forma unei luxații a marginii anterioare, fie a unei deformații a dorsului nasului (Aubry). Celelalte contraindicații țin de vîrsta bolnavului și de starea sa generală. Este bine să nu se opereze copiii și nici persoanele prea în vîrstă. De asemenea, cei suferinzi de tuberculoză, sifilis sau diabet.

Pregătirea preoperatorie : cu o seară înaintea operației se administrează o medicație sedativă a bolnavului. În ziua intervenției, cu treizeci sau patruzeci de minute mai devreme se dau o medicație sedativă și anestezia de bază. Perii din vestibulele nazale sînt tunși și se tamponează ambele vestibule nazale — atît înainte, cît și după tunderea perilor — cu alcool.

Instrumentarul : specul nazal autostatic (Palmer) ; specul nazal obișnuit (Harttman) ; specule nazale Killian două mărimi ; bisturiu cu lamă mică pentru sept ; decolator ascuțit pentru sept ; decolator neascuțit pentru sept, de dreapta și de stînga ; cuțit Ballenger ; pensă Brünnings ; pensă Luc ; pensă în baionetă ; pense cudate pentru nas ; daltă în coadă de rîndunică diferite mărimi cu mîner ; ciocan ; ace curbe fine ; portac ; tuburi de cauciuc cu diametrul de 1 cm ; seringi ; ace de diferite mărimi ; comprese ; cîmpuri sterile.

Poziția bolnavului : fie șezîndă, pe scaunul de operat, fie culcat în decubit dorsal, pe masa de operat. Această din urmă poziție evită stările lipotimice, pe care le poate avea bolnavul și îi conferă o poziție mai confortabilă.

Poziția chirurgului : în cazul că bolnavul se operează în poziția șezîndă, chirurgul se așază în fața acestuia, pe un scaun rotativ. Dacă bolnavul se operează culcat, pe masă de operat, se plasează la dreapta bolnavului.

Cîmpul operator : Cînd bolnavul este în poziția șezîndă pe scaun, i se pune în față un șorț de cauciuc, peste care se așază un cîmp steril, ce se prinde în spate cu o pensă pentru cîmpuri. Se șterge fața cu alcool, insistîndu-se asupra piramidei și vestibulelor nazale și se aplică un cîmp cu gaură, care să acopere capul și fața, lăsînd descoperită numai piramida nazală. Dacă bolnavul se operează culcat, pe masa de operat, nu se mai pune șorț de cauciuc, ci se acoperă cu un cearceaf steril pînă la bărbie. Pe față este întins un cîmp cu gaură, după ce a fost bine ștearsă cu alcool.

Scanned with OKEN Scanner

Anestezia: de suprafață, prin introducerea — supraetajată — a cîtorva meși de vată îmbibate cu soluție de cocaină 10% adrenalinată de fiecare parte; meșile sînt menținute cincisprezece minute. Se face apoi infiltrația locală cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată, în următoarele zone: mucoasa la nivelul părții anterosuperioare a septului, aproximativ doi centimetri sub sutura nazofrontală, pentru anestezierea ramurii etmoidale; mucoasa la jumătatea distanței dintre planșeu și bolta foselor nazale, aproape de corpul sfenoidului, pentru anestezierea ramurii interne a nervului nazopalatin; mucoasa la doi centimetri de orificiul anterior al foselor nazale, în apropiere de planșeu, unde pătrunde în fosa nazală nervul palatin anterior; subcloazonul, începînd din partea sa cutanată și mergînd în sus și înapoi, realizînd o hidrotomie care ușurează decolarea subpericondrală (Arteni).

Incizia: se practică de partea deviației și se situează la aproximativ 3 milimetri posterosuperior față de marginea anterioară a cartilajului patrulater. Poate avea diferite forme: semilunară, rectilinie, în unghi. Noi folosim o incizie ușor curbă, cu convexitatea anteroinferioară, pe care o întindem — după caz — mai mult sau mai puțin aproape de dorsul nasului, ajungînd la nivelul planșeului.

Decolarea submucopericondrală: elementul important în decolarea submucopericondrală constă în găsirea spațiului de clivaj dintre pericondru și cartilajul septal. În acest scop — cu vîrful bisturiului — se caută spațiul de clivaj dintre pericondru și cartilaj. Acesta din urmă se recunoaște ușor deoarece este alb sidefiu și nu sîngerează. Cu un decolator care are vîrful bont, dar marginile ascuțite, se pătrunde în spațiul de clivaj și — prin mișcări limitate, de sus în jos și dinapoi înainte — se urmează, la început, o direcție în sus și înapoi, în partea superioară mucopericondrul decolîndu-se mai ușor. Decolarea se execută pînă la marginea posterioară a septului, păstrînd contactul permanent dintre decolator și cartilaj. Decolarea muco-pericondrului coboară apoi — prin mișcări ale decolatorului de sus în jos și dinapoi înainte, păstrînd în permanență contactul acestuia cu cartilajul — pînă se ajunge la piciorul cloazonului, unde se continuă — cu mare atenție —, deoarece mucoasa la acest nivel este aderentă și foarte fragilă.

Incizia cartilajului: cartilajul patrulater este incizat la nivelul inciziei mucoasei, avînd grijă să nu fie lezat mucopericondrul de partea opusă. Este căutat — și de această parte a cartilajului — spațiul de clivaj între el și mucopericondru.

Decolarea mucoasei de partea opusă: odată descoperit spațiul de clivaj dintre cartilaj și mucopericondrul de partea opusă, se pătrunde cu decolatorul și se decolează ca în partea inițială, căutînd să fie păstrat — în permanență — contactul dintre decolator și cartilaj și menajat mucopericondrul.

Scanned with OKEN Scanner

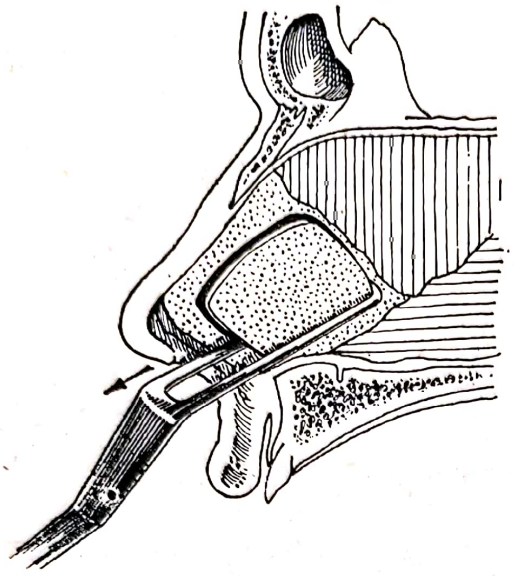


Fig. 145. Rezecția cartilajului cu cuțitul lui Ballanger (după Aubry)

Expunerea cloazonului : după decolarea mucopericondrului, respectiv a mucoperiostului, de ambele părți, se introduce un specul Killian cu valvele lungi de o parte și de alta a septului, pe care îl izolează de muco-pericondru-periostul de ambele părți.

Rezecția septului cartilaginos : cuțitul lui Ballenger, care are lama mobilă, se angajează într-o crestătură făcută înainte cu o forfecuță, la o distanță de mai mulți milimetri de creasta nazală, pentru a păstra un cadru cartilaginos anteroposterior, destinat să mențină piramida cartilaginoasă. Lama cuțitului se dirijează dinainte înapoi pînă ajunge la lama perpendiculară a etmoidului, apoi se îndreaptă în jos către osul vomer, a cărui margine o urmează apoi dinapoi înainte. Cartilajul patrulater astfel detașat este conservat cu atenție. La nivelul marginii anterosuperioare a cartilajului patrulater trebuie lăsată o lamă lată de cel puțin cinci milimetri, care să susțină dorsul nasului.

Rezecția septului osos : cu pensa Luc sau pensa Brünnings, de sus în jos, ridicîndu-se la început din lama perpendiculară a etmoidului și apoi din partea superioară a osului vomer, avînd grijă ca rezecția osoasă să se facă prin torsiune și nu prin smulgere, pentru a nu se transmite o fractură la lama criblată a etmoidului.

Rezecția piciorului septal : numai după ce medicul operator este convins că mucoasa a fost suficient decolată. Decolarea în această zonă trebuie făcută cu mare atenție, deoarece mucoasa este foarte aderentă și fragilă. Întrucît piciorul septal este foarte rezistent, se folosește o daltă cu lama în coadă de rîndunică. Dalta trebuie să fie prevăzută cu un mîner la care se pot adapta lame de diferite lățimi. Sub protecția unui specul Killian cu valvele lungi, se ridică cu dalta — lovită cu ciocanul de un ajutor — piciorul septal. Dalta în coadă de rîndunică poate fi și în formă de baionetă. Important este ca atunci cînd se rezecă piciorul dalta să nu agațe mucoasa și să o rupă.

Sutura mucoasei : nu este obligatorie. Noi o facem punînd un fir sau două, care să unească marginile inciziei.

În tehnica lui Killian nu se repun fragmente de cartilaj între cele două foițe mucopericondrale. Acest lucru se poate face dacă s-a perforat mucoasa de ambele părți și cam la același nivel, mai ales cînd lama cartilaginoasă rezecată din cartilajul patrulater nu este ondulată și nu modifică așezarea pe linia mediană a celor două foițe mucopericondrale.

Scanned with OKEN Scanner

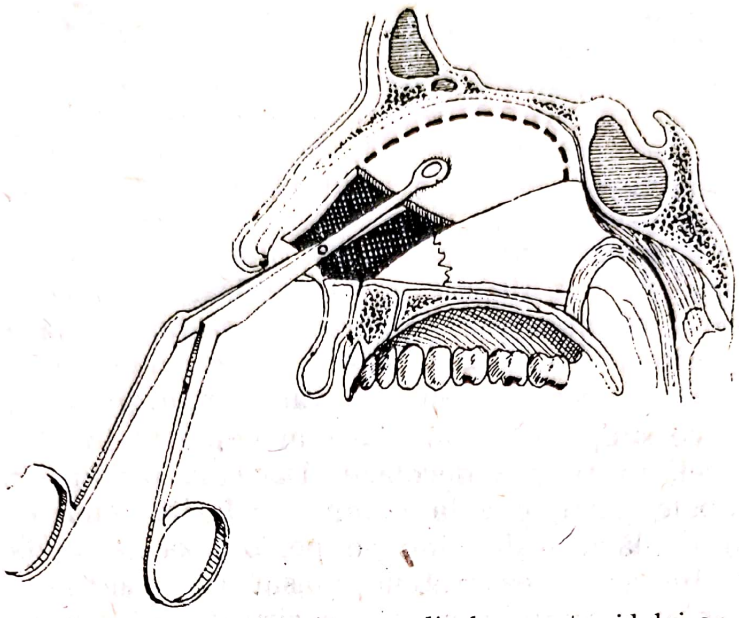


Fig. 146. Rezecția lamei perpendiculare a etmoidului cu pensa Brunnings (după Arteni)

Controlul recalibrării : cu ajutorul unui specul Killian cu valvele mijlocii sau lungi se cercetează fiecare fosă nazală, pentru a se controla dacă părțile deviate au fost ridicate în întregime și fosele nazale sînt complet degajate.

Tamponamentul : după îndepărtarea porțiunilor deviate ale septului trebuie lipite cele două foițe mucopericondrale pe linia mediană. În vederea acestui scop se execută — de sus în jos și dinăuntru în afară — tamponamentul alternativ al celor două fose nazale cu meși îmbibate în oleu gomenolat sau eucaliptolat 2%. Tamponamentul se menține patruzeci și opt de ore, timp în care sînt administrate antibiotice.

Un tamponament care poate fi scos după două zile, fiind totodată mai puțin hemoragic la detamponare, este posibil de executat cu degete de mănușă burate cu meșe, introduse în fiecare fosă nazală. Arteni recomandă introducerea în fiecare fosă nazală a cîte două tuburi de

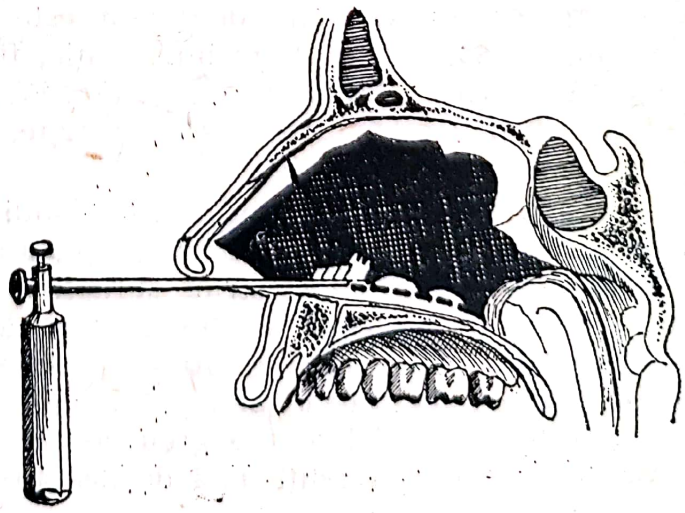


Fig. 147. Rezecția piciorului septal cu dalta în coadă de rîndunică (după Arteni)

Scanned with OKEN Scanner

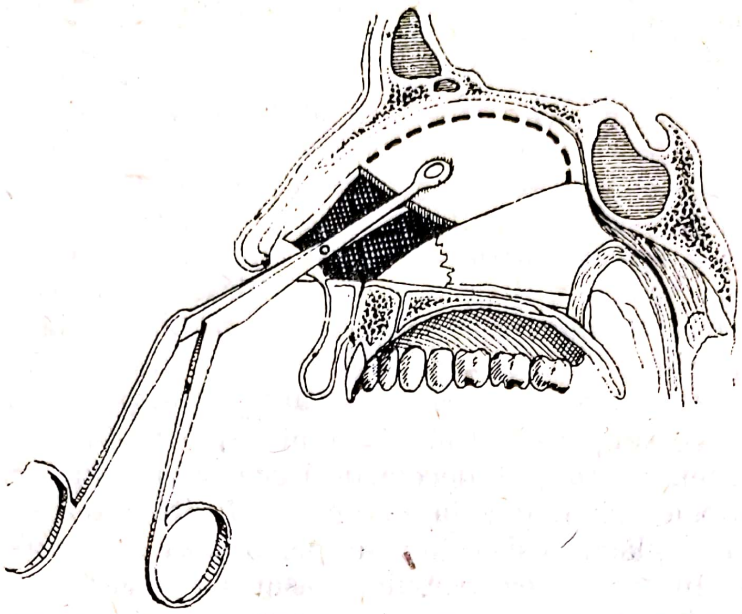


Fig. 146. Rezecția lamei perpendiculare a etmoidului cu pensa Brunnings (după Arteni)

Controlul recalibrării : cu ajutorul unui specul Killian cu valvele mijlocii sau lungi se cercetează fiecare fosă nazală, pentru a se controla dacă părțile deviate au fost ridicate în întregime și fosele nazale sînt complet degajate.

Tamponamentul : după îndepărtarea porțiunilor deviate ale septului trebuie lipite cele două foițe mucopericondrale pe linia mediană. În vederea acestui scop se execută — de sus în jos și dinăuntru în afară — tamponamentul alternativ al celor două fose nazale cu meși îmbibate în oleu gomenolat sau eucaliptolat 2%. Tamponamentul se menține patruzeci și opt de ore, timp în care sînt administrate antibiotice.

Un tamponament care poate fi scos după două zile, fiind totodată mai puțin hemoragic la detamponare, este posibil de executat cu degete de mănușă burate cu meșe, introduse în fiecare fosă nazală. Arteni recomandă introducerea în fiecare fosă nazală a cîte două tuburi de

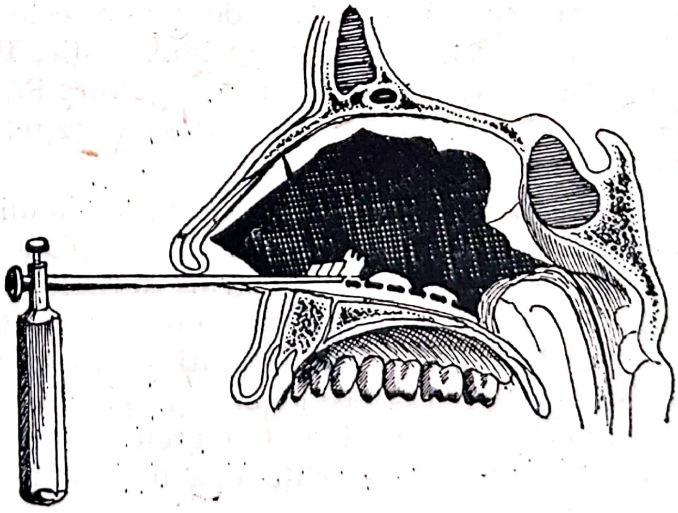


Fig. 147. Rezecția piciorului septal cu dalta în coadă de rîndunică (după Arteni)

Scanned with OKEN Scanner

cauciuc lungi de șase centimetri și cu un diametru de un centimetru, supraetajate, care favorizează și lipirea celor două foițe mucopericondrale pe linia mediană, permițînd — în același timp — respirația pe fosele nazale și scurgerea secrețiilor. În felul acesta bolnavul este scutit de starea de disconfort ce o are în urma tamponamentului, pericolul complicațiilor dispare, iar hemoragia de la detamponare este evitată.

Incidente și accidente intraoperatorii : uneori apar stări lipotimice, din cauza cocainei sau a infiltrației cu clorhidrat de procaină adrenalinată, care pot produce tahicardie, cefalee intensă occipitală, prin creșterea tensiunii arteriale. Hemoragia este posibilă îndeosebi la rezecția piciorului septal, iar uneori — este adevărat, mai puțin intensă, cînd decolarea nu se face subpericondral. Cel mai neplăcut incident însă este perforația mucoasei, în timpul decolării. Dacă se produce într-o parte sau chiar de ambele părți, dar la niveluri diferite, încă nu este prea îngrijorător. Mai neplăcut este cînd se perforează de ambele părți și la același nivel. În acest caz trebuie plasat un fragment de cartilaj rezecat, cît mai plan posibil, care să se situeze între cele două foițe mucopericondrale perforate, ce vor servi drept suport pentru închiderea perforațiilor de ambele părți.

Alt incident îl poate constitui fracturarea lamei criblate a etmoidului, prin iradierea unei fracturi produse la nivelul lamei perpendiculare a etmoidului, cînd — în loc să se torsioneze cu pensa Luc — fragmentele deviate ce trebuie extrase se smulg, producînd indirect un traumatism asupra lamei ciuruite a etmoidului, care se poate solda cu fracturarea acesteîa.

Un accident mai rar întîlnit este rămînerea între două mucoase a unei comprese care a servit la tamponament în scopul realizării hemostazei.

Complicații postoperatorii : hemoragia poate apare imediat sau la scurt timp după operație. Nu durează mult și se oprește spontan ori după administrarea unei medicații hemostatice. Hemoragia tardivă este posibilă la detamponare ; nici aceasta nefiind îngrijorătoare. Se oprește prin introducerea de meși cu cocaină 5% adrenalinată, care se mențin cincisprezece minute. Mai de temut este hemoragia tardivă ce apare cam după o săptămînă de la intervenție, fiind produsă de artera sfenopalatină în urma eliminării unei escare. Ea poate necesita o retamponare anterioară sau, dacă astfel nu se oprește, trebuie să se recurgă la un tamponament posterior.

O altă complicație este formarea unui hematom între cele două foi mucopericondrale, în situația că hemostaza nu a fost făcută bine sau tamponamentul nu a fost strîns suficient. În aceste cazuri se drenează, întrucît există pericolul evoluției către abces. Hematomul la nivelul bolții palatine este mai rar întîlnit. Dacă totuși se constată, nu trebuie să îngrijoreze, deoarece dispare de la sine în cîteva zile.

Perforațiile tardive sînt greu de prevăzut și se pare că ar fi produse de o necroză condiționată de discontinuitatea pericondrului.

Scanned with OKEN Scanner

Sinechiile septoturbinale pot apărea cînd s-au produs traumatisme ale mucoasei septale și ale mucoasei cornetelor aproximativ la același nivel. Ele sînt prezente uneori și după detamponare în situația că bolnavul nu a fost zilnic supravegheat și nu s-au introdus tampoane de vată îmbibate cu soluție de cocaină 5% adrenalinată.

Complicațiile otice, sinuzale, faringo-amigdaliene sînt date de prelungirea perioadei de tamponare fără să se aplice antibiotice. După cum s-a menționat, prăbușirea piramidei nazale se poate produce atunci cînd nu se păstrează cadrul cartilaginos anterosuperior din cartilajul patrulater.

Deși par numeroase, aceste complicații pot fi evitate dacă bolnavul este bine investigat înainte de a fi operat, operația este corect făcută, iar supravegherea postoperatorie, conștiincioasă.

Evoluția postoperatorie : bolnavul are o stare de disconfort din cauza tamponamentului, care nu se mai manifestă după ce acesta a fost îndepărtat. Cefaleea, subfebrilitatea, jena otică dispar odată cu detamponarea și reluarea respirației pe cale nazală. Tot din cauza tamponamentului, bolnavul are mucoasele uscate — întrucît respiră pe gură —, și prezintă o stare de neliniște. Toate aceste fenomene dispar după patruzeci și opt de ore, cînd se produce detamponarea.

Îngrijiri postoperatorii : se administrează antibiotice, pe toată durata menținerii tamponamentului ; dacă apare vreo complicație regională, antibioterapia se prelungește cît timp este nevoie.

Tamponamentul este îndepărtat după două zile.

Zilnic, după ce s-a detamponat, se aplică în fosele nazale meși de vată îmbibate cu cocaină soluție 5% adrenalinată, pînă cînd mucoasa foselor nazale se detumefiază și dispare posibilitatea unei sinechii. Se instilează zilnic, de cîteva ori pe zi, mentorin sau o pomadă vazoconstrictoare.

În ziua operației, alimentația va consta din lichide la temperatura camerei, apoi se va relua alimentația normală.

7.4.1.2. TEHNICA REZECȚIEI MUCOPERICONDRALĂ UNILATERALĂ A CRESTELOR ȘI PINTENILOR SEPTULUI

Crestele și pintenii septului nazal se pot opera fie prin intervenția subpericondromucoasă descrisă de Killian, fie folosind o tehnică mai simplă : rezecția mucopericondrală unilaterală cu ajutorul crestotomului, care este o daltă retrogradă.

Scopul intervenției : rezecția crestelor și a pintenilor septali unilaterali ce îngustează fosa nazală, producînd obstrucție nazală în diferite grade, cu tulburări funcționale.

Indicații : această intervenție se poate executa în cazul crestelor și pintenilor septali unilateral, fără ca mucoasa de partea opusă să fie angajată sau invaginată într-un proces de angulație septală care ar coexista cu creasta septală.

Scanned with OKEN Scanner

Contraindicații : în angulații pronunțate septale ce coexistă cu o creastă, cînd avem convingerea că prin rezecția mucopericondrală unilaterală a crestei putem deșira și mucoasa de partea opusă adînc angajată de augulație.

Instrumentarul : specul nazal obișnuit (Harttman) ; crestotomul Lermoyez ; pensă în baionetă ; pense cudate pentru nas.

Poziția bolnavului : în poziție șezîndă, pe scaunul de operat, sora susținîndu-i capul cu mîna dreaptă pe frunte și mîna stîngă pe ceafă sau în decubit dorsal pe masa de operat.

Poziția chirurgului : în cazul că bolnavul este operat în poziția șezîndă, pe scaun, chirurgul se plasează în fața acestuia pe un scaun rotativ. Dacă bolnavul este pus pe masa de operat, atunci chirurgul se plasează în dreapta acestuia.

Cîmpul operator : cînd bolnavul se operează pe scaun, i se pune în față un șorț de cauciuc sau material plastic, peste care se aplică un cîmp steril prins la spatele bolnavului cu o pensă de cîmp. Dacă bolnavul este operat pe masă atunci se acoperă cu un cîmp steril pînă la bărbie. Și într-un caz și în altul se șterge bine fața cu alcool, insistîndu-se asupra piramidei nazale și vestibulelor nazale, cărora în prealabil li s-au tuns firele de păr. Se acoperă capul cu un cîmp cu gaură, rămînînd descoperită numai piramida nazală.

Anestezia : prin introducerea de meșe de vată, îmbibate cu cocaină soluție 10% adrenalinată în fosa nazală respectivă. În cazul că intervenția se face mucopericondral anestezia de suprafață este suficientă. Cînd se execută intervenția submucopericondral, atunci trebuie făcută și anestezia locală cu clorhidrat de procaină 1% cu adrenalină, care în afară de anestezie efectuează și hidrotomia, cu decolarea mucopericondrului.

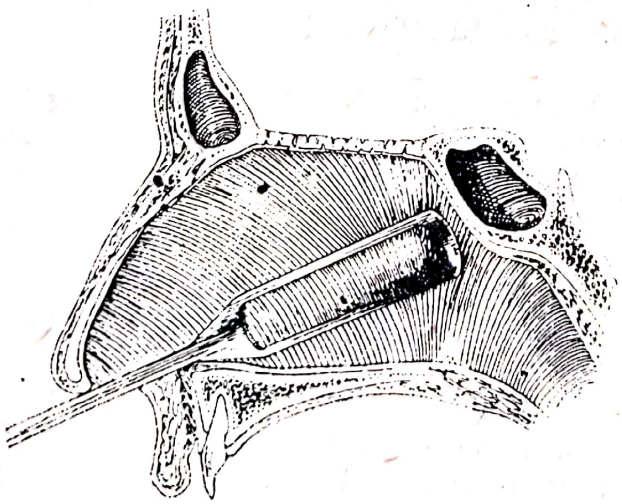


Fig. 148. Rezecția unei creste septale cu dalta retrogradă (după Aubry)

Rezecția crestei : fie mucoperincondral, cînd creasta prezintă accidente ce ar face greoaie decolarea mucoasei, fie submucopericondral dacă creasta este mai mică și fără accidente care să facă mucoasa aderentă. În primul caz se introduce dalta retrogradă (crestotomul) cu convexitatea spre sept, împingînd-o de-a lungul crestei pînă ce ajungem la extremitatea posterioară a acesteia, cînd simțim că crestotomul a coborît într-o depresiune. Atunci imprimăm cîteva mișcări limitate dinapoi îna-

Scanned with OKEN Scanner

inte, pentru ca partea ascuțită a crestotomului să creeze un locaș. În continuare, crestotomul este angajat în locaș cu convexitatea spre sept și, păstrînd permanent contactul cu septul, tragem cu forță — dinapoi înainte — mînerul dălții retrograde. În felul acesta creasta se rezecă. Se întîmplă de multe ori ca mucoasa ce acoperă creasta să rămînă prinsă anterior. Ea poate fi rabatată în așa fel, încît să se așeze pe locul de unde s-a rezecat creasta. În astfel de cazuri mucoasa va fi menținută pe locul fixat, printr-o meșă îmbibată cu oleu eucaliptolat 2%.

Cînd rezecția se face subpericondral trebuie mai întîi o decolare submucopericondro-periostală : apoi se rezecă creasta cu dalta retrogradă — așa cum s-a arătat mai sus — și se aplică deasupra mucopericondroperiostul, care se menține printr-un tamponament lăsat pe loc două zile.

Evoluția postoperatorie : bună ; starea de disconfort dată de tamponament este mai puțin resimțită, bolnavul putînd respira pe fosa nazală pe care nu s-a intervenit.

Îngrijiri postoperatorii : tamponamentul este îndepărtat după două zile. Se introduc zilnic meși de vată îmbibate în soluție de cocaină 5% adrenalinată, pînă dispare pericolul de sinechie și mucoasa traumatizată își recapătă aspectul normal.

Accidente și complicații : hemoragia poate apărea postoperator, dar se stăpînește rapid : cea de după detamponare este lipsită de importanță și cedează ușor. Perforarea mucoasei de partea opusă este posibilă dacă creasta are o angulație adîncă, în care este angajată mucoasa de partea opusă. Sinechiile postoperatorii sînt evitate prin supraveghere zilnică și cocainizări ale fosei.

7.4.1.3. SEPTOPLASTIA SAU REPOZIȚIA CLOAZONULUI

Prin septoplastie se înțelege ansamblul tehnicilor chirurgicale ce urmăresc repunerea în poziție mediosagitală a unui sept malformat, prin păstrarea și remodelarea cartilajului patrulater.

Unii autori, printre care și Aubry, numesc acest gen de intervenții repoziția cloazonului. Ei practică aceste intervenții în deformațiile anterioare ale acestuia, care sînt în cea mai mare parte a cazurilor de natură traumatică.

Indicațiile majore ale repoziționării cloazonului sînt, pe de o parte, luxația marginii anterioare a cartilajului patrulater. iar pe de alta, deviația dorsului cartilaginos al nasului, ce este situată — ca și vîrful nasului, — de partea luxației. Aubry subliniază că la deformațiile menționate se mai pot asocia : angulația în fosa nazală opusă, de-a lungul liniei Chevallet ; creastă orizontală de-a lungul liniei condrovomeriene (luxația-fractură Jarjavay) ; deplasarea totală a septului de partea luxației. Firică clasifică septoplastiile în două categorii : septoplastii executate extramucos ; septoplastii executate submucos.

Scanned with OKEN Scanner

• **Septoplastiile executate extramucos**

În cazul unei piramide nazale deviate, după ce s-a efectuat fracturarea oaselor proprii și a apofizelor ascendente ale maxilarului superior cu ajutorul pensei Martin, se prinde septul și — printr-o mișcare puternică — se repune septul pe linia mediană.

Contenția se face prin tamponamentul foselor nazale bilateral, iar pentru piramidă, cu atelă metalică fixată cu benzi de leucoplast.

În cadrul septoplastiilor extramucoase se încadrează și tehnica repoziției lui Neveu, care este următoarea :

Incizia : interseptocolumelară și intercartilaginoasă.

Secțiunea inserțiilor marginilor anterosuperioare ale cartilajelor triunghiulare : cu foarfeca dreaptă, liberînd astfel marginea superioară a cartilajului patrulater.

Incizia mucoasei de-a lungul septului, pe planșeu, bilateral : se practică incizia, cu bisturiul, bilateral a mucoasei de-a lungul inserției septului pe planșeu.

Dezinserția blocului vomerian : cu dalta și ciocanul.

Incizia verticală posterioară : se practică o incizie verticală de partea convexității, situată posterior, care să unească extremitățile secțiunilor precedente superioară și inferioară, dar să intereseze numai mucoasa de partea convexă și cartilajul, menajînd mucoasa de partea opusă. Se păstrează astfel pediculul vascular.

Repunerea septului mobilizat pe linia mediosagitală : septul anterior fiind acum eliberat pe cele patru margini este repus pe linia mediosagitală.

Suturile : la nivelul inciziei interseptocolumelare și la cel al inciziei intercartilaginoase.

Tamponamentul : se face tamponament anterior strîns, cu meși îmbibate în oleu eucaliptolat 2% bilateral, pentru a se menține septul în poziția dorită.

• **Septoplastiile executate submucos**

Septoplastiile executate submucos se execută prin intervenții pe cartilajul patrulater, după ce acesta a fost decolat de mucopericondru. În general, intervențiile acestea au următorii timpi operatori :

Incizia : în funcție de conformația malformației septale.

Decolarea : cea obișnuită, pătrunzînd în spațiul de clivaj submucopericondral, păstrînd intact mucopericondrul.

Scanned with OKEN Scanner

Eliberarea cartilajului : se eliberează cartilajul pe cele patru margini, în raport cu nevoile sale de modelare.

Modelarea cartilajului : în funcție de aspectul pe care îl are septul și de forma ce urmează să i-o dăm, pentru a fi repus pe linia mediosagitală.

Repoziția cartilajului: după ce a fost modelat, cartilajul este așezat între cele două foițe mucopericondrale, în poziție mediosagitală.

Suturile : sînt suturate marginile inciziilor.

Tamponamentul : se execută un tamponament bilateral, pentru contenția septului în poziția dorită.

În cadrul intervențiilor de repoziționare executate submucos se disting trei categorii de procedee : conservatoare ; cu rezecție lărgită ; radicale.

Procedeele conservatoare numite de Aubry *a minima prin decolare unilaterală* eliberează cartilajul, conservînd nedecolat mucopericondrul pe partea concavității. Se execută rezecții strict limitate ale porțiunilor deformate ale cartilajului, pentru a-i da o formă cît mai dreaptă, care să se poată așeza mediosagital, la finele intervenției.

7.4.1.3.1. Tehnica repoziției „a minima" prin decolare unilateral

Anestezia : în general se face ca în rinoplastie. Ea va fi mai puțin întinsă către partea superioară a piramidei nazale și se va insista îndeosebi asupra infiltrației submucopericondrale de partea convexă.

Incizia : asemănătoare celei din rinoplastii, cu mențiunea că incizia intercartilaginoasă va fi limitată, pe cînd cea interseptocolumelară, mai întinsă posterior, iar de partea angulației se prelungește pînă pe planșeul fosei nazale respective.

Decolarea: submucopericondral, și numai de partea angulației. La partea inferioară decolarea este mai dificilă, din cauza aderenței mucoasei și a fragilității sale deosebite, care o face uneori să se rupă. Acest mic accident este lipsit de importanță, deoarece la acest nivel există un exces de mucoasă ce permite refacerea efracțiunii. Se va efectua, de asemenea, o decolare în lungul părții distale a crestei nazale. De partea luxației se practică o decolare în lungul flancului lateral, limitată la unghiul inferior al cloazonului, pentru ca acesta — fiind bine degajat — să poată fi fixat într-o poziție bună la finele intervenției.

Mobilizarea cloazonului : în partea superioară cloazonul este mobilizat prin separarea lui de cartilajele triunghiulare. De partea angulației, unde s-a făcut deja decolarea, separarea cloazonului de cartilajul triunghiular se va face submucopericondral, cu foarfecă dreaptă cudată. De partea opusă, cloazonul este separat de cartilajul triunghiular prin sec-

Scanned with OKEN Scanner

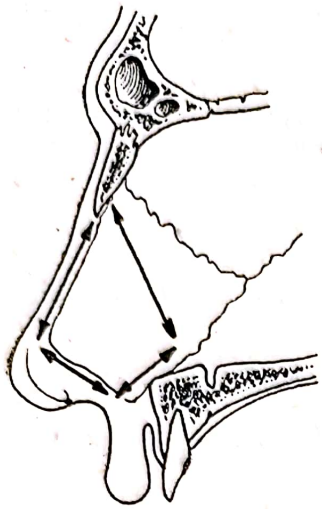


Fig. 149. Rezecția cloazonului (după Aubry). Săgețile încadrează partea anterioară a septului cartilaginos care va fi mobilizată

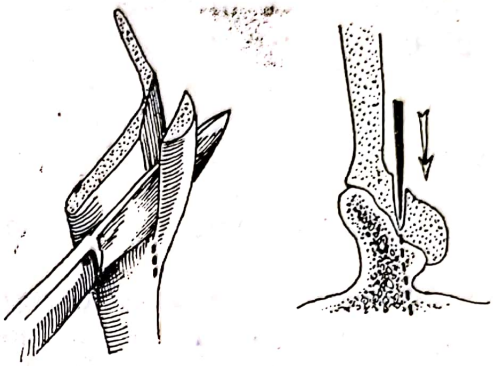


Fig. 150. Corectarea malformației septale (după Aubry):
A. Rezecția angulației posterioare; *B.* Rezecția inferioară a piciorului cloazonului dacă este hipertrofiat.

ționarea concomitentă a cartilajului și a mucopericondrului, ca în rinoplastie. Anterior, cartilajul patrulater este deja mobilizat, prin incizia transfixiantă. Posterior, secționarea cartilajului ar trebui să se facă vertical, la nivelul angulației, dar de cele mai multe ori este mai bine să se execute o veritabilă rezecție a acestei angulații, care are forma de creastă verticală, ce obstruează fosa nazală. Rezecția se face cu un bisturiu, care este mișcat dinainte înapoi, ca un ferăstrău, ținut tangențial. Angulația rezecată, poate fi folosită ca o homografă prin conservare. Dacă septul nu prezintă o angulație care să poată fi rezecată, ci doar o simplă convexitate, atunci se face o incizie mai posterior, verticală. sub oasele proprii nazale, pentru a nu permite deformarea piramidei cartilaginoase în cazul că fragmentul septal anterior are tendința să basculeze. Posteroinferior, separarea la nivelul procesului incisiv al maxilarului superior și spina nazală a maxilarului superior este ușor de făcut prin dezarticulare cu decolatorul tip Joseph. Cînd piciorul septal este îngroșat se rezecă cu dalta. Acum septul cartilaginos este menținut în locul său numai prin aderența la mucoasa de partea opusă angulației, așa că poate fi ușor pus în poziția dorită.

Tratamentul deviației osoase : pentru repunerea în poziție bună a deviației osoase posterioare, care poate fi asociată deviației anterioare, se pot folosi mai multe metode. Cînd septul osos este puțin deviat și fără creastă osoasă este fracturat cu valvele unui specul Killian lung și repus pe linia mediană. Dacă deformația este mare și mai rezistentă, cu o pensă ciupitoare fină sau ferăstrăul Joseph — angajat submucoperiostic — dezinserăm septul osos de partea sa profundă, apoi folosind specului Killian cu brațele lungi se acționează pentru repunerea pe linia mediană a porțiunii deformate. În cazul unei deviații cu creastă se va încerca decolarea submucoperiostică pe ambii versanți ai crestei. În

Scanned with OKEN Scanner

cursul acestei decolări mucoasa se poate deșira. Aceasta nu are importanță, deoarece mucoasa de partea opusă este intactă. După ce mucoperiostul a fost decolat se face rezecția crestei cu o daltă îngustă și bine ascuțită sau cu un ferăstrău Joseph. În deplasările laterale foarte mari ale septului, după ce acesta a fost repus pe linia mediană, poate rezulta o lipsă de mucoasă între marginea inferioară a septului repoziționat și planșeul narinar vecin. Această lipsă de substanță poate fi completată printr-o grefă liberă, prelevată din vestibulul bucal, sau una dermoepidermică. Aplicarea pansamentului local are o mare importanță în menținerea grefei în contact strîns cu suprafața osoasă denudată.

Oulié a propus decolarea mucoasei de pe planșeul fosei nazale și liberarea ei printr-o incizie în unghiul lateral, pentru a mobiliza acest lambou creat, în scopul de a-l aduce la nivelul piciorului septal, acoperind astfel lipsa de substanță de la acest nivel.

Modelarea părții anterioare mobilizate, dar deformate : dacă partea cartilaginoasă anterioară a septului, care urmează să fie reimplantat, este convexă. aducînd prejudicii respirației, în cazul că ar fi repoziționată în aceeași formă, atunci se trasează cîteva linii verticale cu bisturiul, mergînd de la partea superioară, ce corespunde dorsului nasului, pînă la planșeul foselor nazale. Această secționare se face începînd din față pînă în partea posterioară a lamei cartilaginoase care va fi repoziționată. Prin tamponament se repune și se menține lama cartilaginoasă în poziție normală. Se poate proceda și în alt mod : se fac secțiuni orizontale pe cartilaj, care să corecteze convexitatea (Dingman). Cînd acesta, prin îndreptare, devine prea înalt și — mai ales — dacă este repus în șanțul vomerian, atunci cartilajul mai trebuie scurtat, deoarece, prin îndreptare, lama cartilaginoasă devine mai înaltă.

Repoziția și sutura părții anterioare a cartilajului mobilizat : urmează fixarea părții anterioare cartilaginoase septale în poziția dorită. În sus, se fixează printr-o atelă metalică, prinsă cu benzi de leucoplast, care menține lama cartilaginoasă în plan mediosagital și strînge cartilajele triunghiulare pe marginea anterosuperioară a septului. Anterior, sutura marginilor inciziei transfixiante este suficientă pentru a se fixa septul în poziția cea bună. În partea anteroinferioară se fixează unghiul anteroinferior al septului la spina nazală prin punctul descris de Jost și Legent. Fixarea este posibilă fie cu ajutorul unui ac curb, care trece firul din catgut cromat pe sub periostul spinei nazale și prinde unghiul anteroinferior septal de spina nazală, fie prin executarea unei contraincizii la nivelul frenului vestibulului bucal.

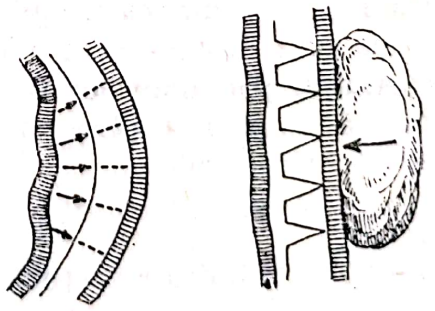


Fig. 151. Inciziile care se execută pe lama cartilaginoasă (după Aubry). Tamponamentul care îi asigură poziția normală

Pansamentul : este de mare importanță pentru succesul intervenției modul cum se face tamponamentul. De partea

Scanned with OKEN Scanner

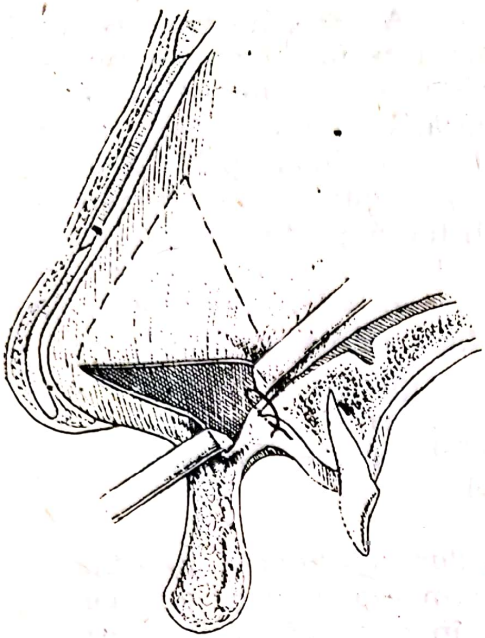


Fig. 152. Punctul lui Jost și Legent care fixează unghiul anteroinferior al cartilajului septal la nivelul spinei nazale (după Aubry)

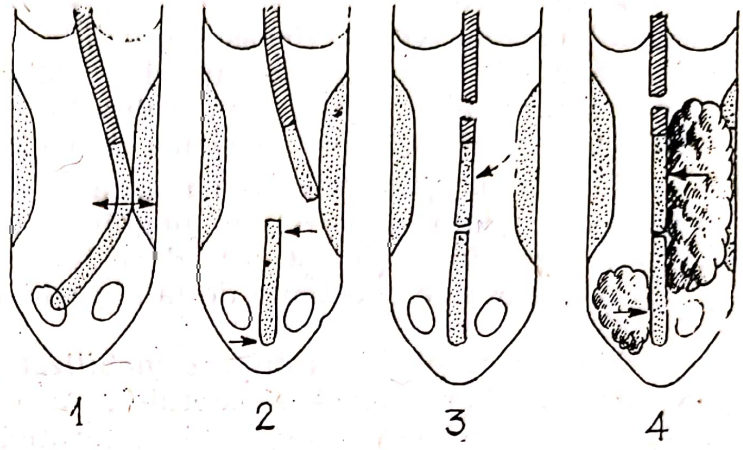


Fig. 153. Contenția prin meși îmbibate cu oleu eucaliptolat 2%. (după Aubry)

1. Deformația. Săgeata indică nivelul la care se execută secțiunea angulației; *2.* Partea anterioară este acum în poziție bună; *3.* O fractură a septului osos îl situează în poziție corectă; *4.* Contenția: situată posterior la nivelul angulației și anterior la nivelul luxației.

în care a fost angulația se practică un tamponament mai posterior ce corectează fosta angulație. În partea opusă este necesar un tamponament mic anterior și superficial, care să mențină septul în locul normal după corectarea luxației anterioare.

Pentru menținerea piramidei cartilaginoase în poziție bună și fixarea dorsului nasului în poziția dorită se va aplica pe piramida nazală o atelă metalică, pe marginile căreia se aplică o bandă de leucoplast, ce protejează tegumentele. Atela este imobilizată cu benzi de leucoplast.

Detamponarea se va face după două zile în partea unde a fost luxația și tamponamentul mai superficial, iar după aproximativ cinci sau șase zile în cea unde era prezentă angulația, iar tamponamentul mai profund.

Principiul tehnicii rezecțiilor lărgite constă în rezecarea unei porțiuni întinse din cartilajul patrulater care a suferit deformații mari în urma unui traumatism, modelarea unuia sau mai multor fragmente din cartilajul patrulater extras, pe masa de instrumente, astfel încît să se obțină un aspect plan, și apoi se reimplantează între cele două foițe mucopericondrale.

7.4.1.3.2. **Tehnica rezecțiilor lărgite**

Anestezia : ca în rinoplastii, însă se insistă mai mult asupra anesteziei septale, cu decolarea prin hidrotomie, folosind soluția anestezică adrenalinată.

Scanned with OKEN Scanner

Incizia : se procedează asemănător intervenţiilor pentru rinoplastii, cu menţiunea că incizia intercartilaginoasă va fi limitată, pe cînd cea transfixiantă se va întinde mai mult posterior, pînă la planşeul fosei nazale.

Decolarea : submucopericondrală bilaterală, atît cît este necesar în cazul respectiv (în funcţie de deformaţiile septale). Medicul operator trebuie să aibă mare grijă să nu perforeze mucoasa.

Mobilizarea septului : ca în intervenţia precedentă, cu deosebire că separarea dintre cartilajele triunghiulare şi sept se face submucopericondral de ambele părţi şi prin rezecţia septului sub dorsul nasului, fără a despărţi cartilajele triunghiulare dacă deformaţiile septale se întind pînă la acest nivel.

Extragerea cartilajului patrulater : fiind vorba de deviaţii întinse, se rezecă toată suprafaţa accidentată septală cu cuţitul lui Ballenger şi apoi, utilizînd un specul Killian cu valvele lungi, se examinează starea septului osteocartilaginos rămas. Dacă septul osos prezintă unele deformaţii neînsemnate se fracturează cu valvele lungi ale speculului Killian şi se repune pe linia mediosagitală.

Modelarea cartilajului ce va fi reimplantat : se alege o porţiune cît mai întinsă din cartilajul extras, care să nu prezinte ondulaţii sau alte deformaţii ; se confecţionează din această porţiune un triunghi, bine apreciat ca dimensiuni, pentru a susţine dorsul nasului şi a se sprijini în unghiul inferior al spinei nazale.

Reintroducerea cartilajului modelat : între cele două foiţe mucopericondrale se introduce fragmentul cartilaginos modelat, cu baza adiacentă la dorsul nasului, pe care trebuie să-l susţină să nu se înfunde ; marginea lui anterioară este fixată cu ajutorul punctului lui Jost şi Legent — la columelă, iar unghiul inferior, la spina nazală. Dacă se mai pot modela şi alte fragmente cartilaginoase atunci ele se potrivesc între cele două membrane mucopericondrale, înainte de a se introduce triunghiul cartilaginos, care trebuie plasat anterior.

Tamponamentul : după regulile obişnuite, avînd în vedere ca septul să fie supus la două presiuni aproximativ egale, pentru a avea o calibrare bună a foselor nazale.

Meşile, îmbibate în oleu eucaliptolat 2%, sînt menţinute patruzeci şi opt de ore, după care se scot.

În tot acest timp se administrează antibiotice.

7.4.1.3.3. **Tehnica rezecţiilor radicale**

Principiul tehnicii constă în executarea de rezecţii largi — totale sau subtotale — în cazuri de malformaţii întinse posttraumatice ale septului nazal, modelarea şi recuperarea cartilajului extras prin incizii

Scanned with OKEN Scanner

practicate la nivelul zonelor concave și reimplantarea acestuia — în forma nouă ce i s-a dat — între cele două membrane mucopericondrale.

Anestezia : cea din rinoplastii și rezecția subpericondromucoasă tip Killian, după ce în prealabil s-a efectuat anestezia de suprafață cu cocaină adrenalinată.

Poziția bolnavului : poate fi șezîndă pe scaunul de operat sau culcat, în decubit dorsal, pe masa de operat, pentru a evita eventualele stări lipotimice.

Incizia : după caz. Se va face o incizie transfixiantă și una intercartilaginoasă limitată, dacă deformația septală se întinde superior pînă la dorsul nasului, pe care-l influențează, iar anterior prezintă o luxație mare cu angulație, ce obstruează una sau ambele fose nazale, posterior întinzîndu-se pînă în zona osoasă septală ori mai profund. În situația că în zona anterioară este o porțiune septală de cîțiva milimetri situată pe linia mediosagitală, atunci aceasta trebuie conservată, incizia făcîndu-se ca pentru rezecția subpericondromucoasă a cloazonului, prin care se obține o cale de acces suficientă către partea mijlocie și posterioară a cartilajului patrulater și chiar a septului osos. Incizia se prelungește posterior pînă la planșeul fosei nazale.

Decolarea : de ambele părți ale septului, subpericondromucoasă. Trebuie acordat și în asemenea cazuri o mare atenție pentru a nu perfora mucoasa, mai ales că în urma traumatismului ce a dus la deformațiile mari ale septului s-au creat aderențe, care trebuie îndepărtate cu finețe. Decolarea se începe în partea superioară, sub dorsul nasului, unde se poate pătrunde mai ușor în spațiul de clivaj.

Mobilizarea septului cartilaginos : în funcție de malformațiile pe care le prezintă. Dacă aceste malformații se întind în regiunea superioară pînă la unirea cartilajului patrulater cu cartilajele triunghiulare, atunci incizia septală se va face la acest nivel. Cînd malformațiile septale nu ajung pînă la acest nivel și dorsul nasului nu este afectat, atunci conservăm o lamă de cartilaj, cît ne permit deformațiile septale, pentru a susține piramida cartilaginoasă să nu se înfunde. La baza septului va fi mobilizat ca în intervențiile Killian și în raport de deformațiile pe care le prezintă în această regiune. Posterior se conservă numai acea parte septală ce se situează pe linia mediosagitală. Se pot face — cînd este necesar — fracturări ale lamei perpendiculare a etmoidului sau a osului vomer și, dacă fracturarea și repunerea pe linia mediană nu sînt posibile, chiar rezecții, pentru a permite membranelor mucopericondroperiostice să fie așezate pe linia mediosagitală.

Extragerea cartilajului patrulater : odată mobilizat pe toate laturile, se extrage cartilajul patrulater malformat, care se pune în ser fiziologic pînă se începe modelarea lui, în vederea repoziționării. Cu un specul Killian, cu valvele medii sau lungi, se pătrunde între cele două membrane mucopericondrale și se controlează cadrul cartilaginos și osos

Scanned with OKEN Scanner

rămas după extragerea cartilajului patrulater deformat, apreciindu-se dacă mai trebuie făcută vreo corectură.

Modelarea cartilajului ce va fi reimplantat : modelarea urmează regulile arătate anterior, prin incizii paralele executate în zonele concave ale septului și pe suprafețele concave ale acestuia, care să permită îndreptarea cartilajului și situarea lui într-o poziție mediosagitală perfectă, atunci cînd va fi repus între cele două membrane mucopericondrale.

Reintroducerea cartilajului modelat : se reintroduce lama cartilajului patrulater modelată între cele două membrane mucopericondrale, căutînd — dacă este posibil — să fie plasată pe locul de unde a fost extrasă. Dacă prin modelare lama a devenit mai lungă, se mai poate scurta. Ceea ce este esențial și nu trebuie neglijat este faptul că lama modelată va fi pusă pe linia mediană, să susțină dorsul nasului pentru a nu se înfunda. Lama cartilaginoasă este fixată superior cu ajutorul unei atele metalice sau ancorînd septul de cartilajele triunghiulare prin transfixie cutanată, iar inferior — prin punctul descris de Jost și Legent.

Tamponamentul : are mare importanță în fixarea pe linia mediană a lamei cartilaginoase modelate. El se face după regulile obișnuite, meșile introducîndu-se alternativ cînd într-o parte cînd în cealaltă, verificînd ca septul situat pe linia mediană să fie supus la două presiuni aproximativ egale. Meșile eucaliptolate se mențin patruzeci și opt de ore, în care timp se administrează antibiotice.

Thomas practică o septoplastie asemănătoare cu cea descrisă mai sus, scoțînd, cînd situația o impune, tot cartilajul patrulater, pe care — după ce îl modelează pe masa de instrumente, dîndu-i o formă plană — îl reimplantează între cele două membrane mucopericondrale.

Converse face o rezecție mai limitată a cartilajului patrulater, în formele ce se pretează, menținînd o lamă superioară sub dorsul nasului și una anterioară și inferioară care să susțină vîrful și dorsul nasului să nu se prăbușească. În cazul că aceste benzi restante prezintă curburi, el execută o serie de incizii pe partea lor concavă, perpendiculară pe axul lung al lamelelor. În final reintroduce un fragment din cartilajul patrulater modelat între cele două membrane mucopericondrale, înapoia și sub lamele cartilaginoase păstrate.

Fomon execută rezecția cartilajului deformat pe cale subpericondrală, modelează fragmentul extras, îl reimplantează între cele două membrane mucopericondrale — după ce dezinseră de sept cartilajele triunghiulare — le fixează de fragmentul reintrodus prin puncte transfixiante.

7.4.1.4. SEPTOPLASTIA ASOCIATĂ CU RINOPLASTIE

Septoplastia asociată cu rinoplastia se execută fie într-o singură ședință, fie în ședințe separate, de preferat fiind ca prima să fie septoplastia. De pildă, în cazul unei piramide laterodeviate nu se poate obține

Scanned with OKEN Scanner

o repunere a piramidei pe linia mediană dacă nu se asociază o septoplastie. În situaţia unui nas cifotic asociat cu o deviaţie de sept, după rezecţia bosei deviaţia apare mai evidentă, iar rezultatul final — după osteotomiile laterale şi înalte — nu poate fi mulţumitor cînd nu s-a practicat, asociat sau anterior, septoplastia.

În cazul septoplastiilor asociate cu rinoplastii fragmentul cartilaginos — modelat şi reimplantat — este fixat folosind punctul descris de Jost şi Legent, care prinde unghiul anteroinferior septal la spina nazală, iar superior putem recurge la punctul transfixiant, ce solidarizează partea înaltă mobilizată a cartilajului cloazonului la partea superioară a cartilajelor triunghiulare fixe. Astfel imobilizată, lama cartilaginoasă modelată şi repoziţionată nu se mai poate deplasa şi nici nu va permite înfundarea dorsului nasului.

7. 5. INTERVENŢIILE CHIRURGICALE PENTRU CORECTAREA DISPLAZIILOR ENDONAZALE ÎN MINUS

Rinita atrofică ozenoasă este o afecţiune cronică nazală, caracterizată printr-un proces de distrofie progresivă a mucopericondrului, a scheletului cornetelor şi chiar a piramidei nazale, manifestată clinic prin triada simptomatică : atrofie a mucoperiostului şi a cornetelor, cu lărgirea foselor nazale ; cruste abundente, care se mulează după forma foselor nazale, însoţite de ulceraţii ; fetiditate specifică.

Microscopic s-a constatat o atrofie generalizată a pituitarei, a corionului, a ţesutului conjunctivo-vascular şi glandular, asociată cu un proces atrofic al scheletelui cornetelor, care în timp suferă modificări de osteită rarefiată. Epiteliul pituitarei se transformă, din cilindric în parimentos cu dispariţia celulelor glandulare. Periostul, îngroşat de înmulţirea fibrelor colagene, tinde să înlocuiască ţesutul osos al cornetelor.

Procesul de rarefacţie osoasă afectează şi piramida nazală, care — în ultimă instanţă — este interesată de procesul atrofic, modificînd aspectul piramidei osoase mai mult şi mai puţin cea cartilaginoasă, imprimîndu-i aspectul caracteristic.

Tratamentele medicamentoase şi fizioterapice generale şi locale, deşi foarte variate, n-au dat rezultatele mult aşteptate. Tratamentele chirurgicale au fost şi ele foarte variate în decursul timpului, începînd cu injectarea submucoasă de vaselină simplă şi parafină, implantarea unor plăci de fildeş pe cornete (Flattau), micşorarea narinelor prin diferite procedee, luxarea cornetului mijlociu şi inferior (Choleva, Cordes), implantarea submucoasă a unei lame osoase spongioase de bovine (Brügs), recalibrarea foselor nazale prin grefe de grăsime (Brünings), os sau cartilaj costal (Schóneman), recalibrarea foselor nazale prin procedeul Lautenschläger, Ramadier, Halle şi alţii, simpatectomia pericarotidiană externă (Leriche), recalibrarea prin introducerea submucos, în zonele decolabile ale mucoasei nazale, de bastonaşe de acrilic (metoda lui Eyriès, astăzi folosită pe scară largă). Aubry recomandă introducerea submucos de bastonaşe de teflon). Au mai fost încercate şi alte procedee chirurgicale, dar nu s-au obţinut rezultate deosebite, fapt care face ca

Scanned with OKEN Scanner

problema tratamentului medicamentos și chiar chirurgical să rămînă un capitol deschis, ce așteaptă să fie rezolvat cu mai multă eficiență.

7.5.1. RECALIBRAREA FOSELOR NAZALE PRIN PROCEDEUL EYRIES

Scopul intervenției : strîmtorarea foselor nazale, prin introducerea submucoperiostal, în zonele decolabile (planșeul foselor nazale, meatul inferior și meatul mijlociu) a unor bastonașe de acrilic, care sînt bine suportate în cea mai mare parte a cazurilor.

Indicații : rinita cronică atrofică ozenoasă.

Pregătirea preoperatorie : în seara dinaintea operației se administrează o premedicație sedativă, se fac spălături nazale cu ser fiziologic și aerosoli cu streptomicină pe nas. Se mai poate da bolnavului vitamina A + D și C.

Vestibulele nazale sînt tunse și șterse bine cu alcool. Se mai recomandă gargarisme repetate, cu clătirea întregii cavități bucale. În dimineața intervenției se face aceeași pregătire, iar cu treizeci de minute înainte de intervenție este dată anestezia de bază.

Instrumentarul : specul nazal obișnuit ; bisturiu ; foarfecă dreaptă ; foarfecă curbă ; depărtătoare Farabeuf ; răzușe ; decolator pentru sept ; dălți curbe diferite ; ciocan ; pensă fină mușcătoare de os ; pensă Luc ; pensă în baionetă ; pense cudate pentru nas ; pense anatomice cu gheare ; pense anatomice fără gheare ; pense Pean ; pense Kocher ; portac ; ace curbe pentru mucoasă ; seringi ; ace diferite pentru seringi.

Poziția bolnavului : așezat pe masa de operat, în poziția de decubit dorsal, cu fața în sus și capul în ușoară extensie, cu o pernă de nisip sub ceafă.

Poziția chirurgilor : operatorul se plasează în partea dreaptă a bolnavului, iar ajutorul, la capul bolnavului, în așa fel încît prin depărtătoarele Farabeuf să creeze o cale bună de acces în șanțul gingivolabial.

Cîmpul operator : se șterge bine fața cu alcool. Înainte de a fi așezat pe masă bolnavul își clătește bine gura cu soluție de gargarism. Șanțul gingivolabial bilateral este de asemenea șters cu un tampon de comprese îmbibat cu alcool și bine stoarse. Se aplică un cearceaf steril peste bolnav pînă la nivelul bărbiei. Capul și fața sînt acoperite cu un cîmp steril cu gaură, care să lase descoperită numai piramida nazală și regiunea labială.

Anestezia : treizeci sau patruzeci de minute înainte de intervenție este dată anestezia de bază. Se efectuează apoi, bilateral, anestezia nervului maxilar superior în fosa pterigomaxilară și a nervilor etmoidali anteriori, cu un centimetru cub de procaină soluție 1%. Anestezia de suprafață este realizată în fosele nazale, cu meși de vată îmbibate cu soluție

Scanned with OKEN Scanner

de cocaină 10% adrenalinată, iar cea a nervului infraorbitar, cu soluție de clorhidrat de procaină 1%. Mucoperiostul se anesteziază în regiunea gingivolabială, bilateral.

Incizia : se face în șanțul gingivolabial, fie că se execută de la un canin la celălalt, cu secționarea frenului buzei superioare, fie că se fac două incizii paramediane, menajîndu-se frenul buzei superioare, pornind de la 2 milimetri de fren de fiecare parte, pînă la primul premolar. Aubry efectuează o singură incizie, care interesează și frenul buzei superioare, acesta fiind lipsit de importanță. Noi am practicat totdeauna o singură incizie, de la un canin la celălalt, cu secționarea frenului, deoarece am obținut o cale de acces mai bună către zonele în care trebuia să introducem bastonașele de acrilic sau de cartilaj.

Decolarea mucoperiostului în șanțul gingivolabial : cu răzușa, se decolează cu multă atenție mucoperiostul în șanțul gingivolabial, pentru a pune în evidență conturul orificiului piriform, fără a leza mucopericondrul. Decolarea trebuie să pună bine în evidență partea inferioară a orificiului piriform, partea laterală, corespunzînd meatului inferior și mijlociu, iar intern, aproximativ doi milimetri, pentru a se putea ulterior executa timpii operatori, fără pericol de lezare a mucoperiostului.

Nivelarea marginilor orificiului piriform : datorită faptului că orificiul piriform este mai ridicat față de planșeul foselor nazale și al meatelor, pentru a avea o cale de acces mai bună în vederea decolării mucopericondrului în zonele unde trebuie implantate bastonașele de acrilic, fără a produce perforarea acestuia, trebuie să rezecăm conturul orificiului piriform în partea inferioară și laterală, corespunzătoare meatelor inferior și mijlociu menajînd zona de inserție a cornetului inferior unde mucoasa este aderentă. Rezecția conturului orificiului piriform, în părțile arătate, se face fie cu o daltă, fie cu o pensă mușcătoare de os fină.

Decolarea mucoperiostului endonazal : nivelarea marginilor orificiului piriform fiind făcută se obține o cale mai ușoară de acces pentru decolarea mucoperiostului endonazal. Cu decolatorul liber sau sub protecția compreselor se face decolarea mucoperiostului planșeului foselor nazale, pe o distanță de aproximativ cinci centimetri în profunzime, apoi se continuă la nivelul meatului inferior. La nivelul meatului mijlociu decolarea va fi limitată la o adîncime de doi centimetri, deoarece mucoasa este foarte fragilă și, ca atare, există riscul să fie perforată. Decolarea se mai poate executa și pe fața internă a cornetului inferior și chiar anterior față de capul cornetului mijlociu.

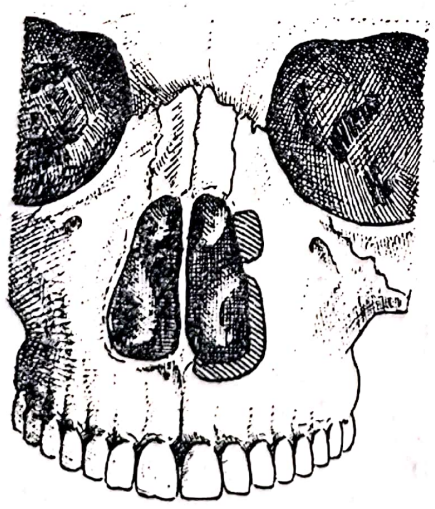


Fig. 154. Nivelarea marginilor orificiului piriform (după Aubry)

Introducerea bastonașelor de acrilic : în lojile create sînt introduse, cu multă atenție, bastonașe de acrilic de grosimea unui chibrit și de lungimi variabile, cu marginile și colțurile rotunjite, pentru a nu perfora

Scanned with OKEN Scanner

mucoperiostul. Aubry folosește teflonul, pe care îl socotește ca fiind mai bine tolerat și mai ușor de modelat. Noi am utilizat atît acrilicul, cît și cartilajul costal. În ambele variante am folosit și puțin țesut celuloadipos recoltat odată cu prelevarea cartilajului costal sau din regiunea suprapubiană, pe care l-am pus în fundul de sac al lojilor create și, după aceea am introdus bastonașele de acrilic sau de cartilaj. Scopul introducerii țesutului celuloadipos este de a proteja mucopericondrul să nu fie perforat cînd introducem bastonașele și de a feri în timp mucoasa de o tensiune prea mare exercitată de bastonașe. L-am socotit un țesut de capitonaj util în această intervenție. Bastonașele trebuie să bombeze mucoasa cît mai mult către septul nazal. Am folosit atît autografe, cît și homografe cartilaginoase în recalibrarea foselor nazale. Nu am avut dificultățile semnalate de Dufourmentel și alții cu privire la incompatibilitatea umorală în întrebuințarea homografelor. De asemenea, procurarea cartilajului nu a constituit o dificultate. Am recoltat de la bărbați întotdeauna mai mult cartilaj decît era necesar, iar ceea ce ne-a prisosit am conservat în ser fiziologic penicilinat, în frigider, pentru a-l utiliza la recalibrarea foselor nazale la femei, scutindu-le în acest mod de o intervenție în plus.

Arteni introduce bastonașe de acrilic sub protecția unei spatule gradate, ce ridică mucoperiostul decolat, evitînd astfel alunecarea bastonașelor în contact direct cu acesta.

Medicul operator, urmărind să recalibreze cît mai bine, nu trebuie să cadă în extremitatea cealaltă, introducînd prea multe bastonașe, ce pot perfora mucoasa chiar în timpul actului operator sau să o pună în tensiune prea mare, obligînd-o să cedeze după cîtva timp, permițînd eliminarea bastonașelor.

Sutura : marginile inciziei din șanțul gingivolabial sînt suturate fie prin fire separate, fie cu un fir continuu prin însăilare.

Îngrijiri postoperatorii : se va administra timp de aproximativ două săptămîni o medicație cu antibiotice. Bolnavul va fi controlat zilnic în fosele nazale, pentru a se observa starea mucoperiostului și reacția acestuia după introducerea bastonașelor. Se va face o dezinfecție cît mai bună a cavității bucale. În nas vor fi administrate, de cîteva ori pe zi, picături cu mentorin. Alimentația va fi lactohidrică timp de cîteva zile, avîndu-se grijă ca după fiecare masă să se dezinfecteze cavitatea bucală. Se pot pune prișnițe pe obrajii tumefiați.

Accidente și complicații : perforația mucoperiostului poate surveni chiar în timpul intervenției, în timpul fie al decolării fie al introducerii bastonașelor. Semnul cert care ne indică perforarea este apariția sîngelui în fosa nazală unde se lucrează. De aceea, atît la decolare, cît și în timpul introducerii bastonașelor fosa nazală respectivă trebuie examinată atent și continuu. Decolarea atentă a mucoperiostului și nu prea profund, după o bună nivelare a marginilor orificiului piriform ne feresc de acest neplăcut accident.

Scanned with OKEN Scanner

Tumefacția obrajilor nu constituie, de fapt, o complicație, ci mai degrabă un aspect al evoluției postoperatorii. Prișnițele, la care se adaugă o medicație cu antibiotice, antihistaminice de sinteză, clorură de calciu, atenuează tumefacția și o face să dispară mai repede.

Eliminarea bastonașelor se poate produce intraoperator, cînd a fost lezat mucoperiostul, în acest caz fiind preferabil să se îndepărteze din meatul sau zona respectivă și celelalte bastonașe, urmînd a se executa recalibrarea în celelalte zone, unde mucopericondrul a rămas neafectat. Bastonașele se mai pot elimina în cursul zilei în care s-a făcut intervenția sau în următoarele cîteva zile. Este așa-numita eliminare precoce. În aceste cazuri trebuie să explorăm atent fosele nazale și să vedem din care fosă a fost eliminat bastonașul și de la ce nivel anume. Acest lucru este necesar deoarece va trebui să scoatem și celelalte bastonașe din meatul respectiv. Dacă nu le extragem noi, ele vor continua să se elimine singure, prin perforația mucoperiostală ce a permis primului bastonaș să fie eliminat.

Eliminarea tardivă se poate face spontan, după o perioadă de timp de la intervenție, din cauza supraîncărcării planșeului foselor nazale și a meatelor cu bastonașe, ce pun sub tensiune mucoperiostul, obligîndu-l să cedeze, perforîndu-se.

Sînt și cazuri cînd bolnavii vin și cer să li se scoată bastonașele deoarece mucoasa este prea tumefiată și jenează respirația. În aceste situații, printr-o examinare atentă, vom observa la ce nivel am încărcat prea mult cu bastonașe fosa nazală și nu vom extrage decît bastonașele din acea zonă. Celelalte bastonașe din fosa nazală vor putea fi menținute.

Crustele și fetiditatea continuă să se mențină datorită unei insuficiente recalibrări. Sînt cazuri cînd, deși s-a efectuat o suficientă recalibrare, crustele și secrețiile continuă să se formeze. Ele se formează în partea posterosuperioară a foselor nazale, unde recalibrarea nu se poate executa urmînd tehnica lui Eyniès. În aceste situații trebuie să completăm recalibrarea făcută prin procedeul Eyriès, introducînd — submucopericondroperiostic — bastonașe plate de acrilic în regiunea posterosuperioară a septului nazal.

7.5.2. RECALIBRAREA PRIN INTRODUCEREA DE GREFE SAU IMPLANTE SUBMUCOPERICONDROPERIOSTIC LA NIVELUL SEPTULUI

În unele forme de atrofii, mai puțin pronunțate, recalibrarea foselor nazale se poate face introducînd de o parte și de alta a septului osteocartilaginos, submucopericondroperiostic, lamele plate de grefe sau implante, care pot face să dispară crustele, secrețiile și fetiditatea. În cazul deviațiilor mari cu creastă într-una din fose, fenomenele caracteristice ozenei se manifestă numai în fosa nazală opusă. Și în aceste situații se introduc de partea fosei largi, la nivelul septului osteocartilaginos, submucopericondroperiostic, grefe sau lamele plate de acrilic, care vor face ca fosa nazală respectivă să se îngusteze și să dispară secrețiile, crustele și fetiditatea.

Scanned with OKEN Scanner

S-a arătat că în cazul recalibrării prin procedeul lui Eyriès, cînd crustele, secreţiile şi fetiditatea persistă, intervenţia se poate completa prin introducerea pe ambele feţe ale septului osteocartilaginos, submucopericondroperiostic, în regiunea posterosuperioară a acestuia, a unor lamele de acrilic, ce fac să dispară complet secreţiile, crustele şi fetiditatea. Acest procedeu este descris în continuare.

Indicaţii : atrofiile cu cruste şi fetiditate mai puţin pronunţate ; deviaţiile mari cu creastă ce îngustează o fosă nazală şi creează de partea opusă o fosă largă, în care se produc secreţii, cruste şi fetiditate ; în cazurile operate prin procedeul lui Eyriès, cînd posterosuperior nu s-a putut face o suficientă recalibrare şi crustele fetide persistă.

Pregătirea preoperatorie : identică celei din intervenţiile lui Killian, pentru deviaţiile de sept.

Instrumentarul : acelaşi ca în intervenţia lui Killian.

Poziţia bolnavului : bolnavul poate fi operat fie în poziţie şezîndă, pe scaunul de operat, cu capul susţinut de o soră, cu mîna dreaptă pe frunte şi cea stîngă pe ceafă, fie în poziţie de decubit dorsal pe masa de operat.

Poziţia chirurgului : în cazul că bolnavul se operează în poziţie şezîndă, chirurgul se va plasa în faţa acestuia, pe un scaun rotativ. Dacă bolnavul este operat pe masă, operatorul stă în dreapta acestuia, iar ajutorul de partea opusă.

Cîmpul operator : cînd este operat pe scaun, bolnavului i se aşază în faţă un şorţ din cauciuc sau material plastic ; dacă este operat pe masă, acest şorţ nu este necesar.

Se şterge bine cu alcool faţa bolnavului, ferindu-se ochii cu comprese sterile. Se va insista asupra piramidei nazale şi a vestibulelor nazale. Este aplicat apoi un cearceaf steril sau un cîmp mai mare, care să acopere bolnavul pînă la bărbie, după care se pune pe cap un cîmp cu gaură steril, ce trebuie să lase descoperită piramida nazală şi, îndeosebi, vestibulele nazale.

Anestezia : ca în intervenţia lui Killian, căutîndu-se să se facă odată cu anestezia şi decolarea prin hidrotomie a membranelor mucopericondroperiostice, de ambele părţi ale septului nazal, dacă este nevoie să se introducă grefe sau implante bilateral. Este necesar să fie acordată o mare atenţie introducerii acului în momentul începerii infiltraţiei : cu bizoul între cartilaj şi pericondru, pentru a nu leza mucoasa cînd lichidul anestezic este introdus sub presiune.

Anestezia de suprafaţă : prin introducerea în fosele nazale de meşi îmbibate cu cocaină soluţie 10% adrenalinată, ce se menţin cincisprezece minute ; apoi este efectuată anestezia cu soluţie de clorhidrat de procaină 1% submucopericondroperiostic, aşa cum am arătat.

Scanned with OKEN Scanner

Incizia : asemănătoare celei din intervențiile pe sept, numai că va fi de întindere mai mică.

Decolarea : cu ajutorul unui decolator de sept se decolează submucopericondroperiostic, unilateral sau bilateral, după caz, mergînd cu decolarea în zona în care dorim să introducem grefele ori implantele, iar posterior, atît cît cazul solicită și în raport cu scopul urmărit prin intervenție.

Trebuie să acordăm mare atenție modului în care executăm decolarea, să ne situăm în permanență subpericondral sau subperiostal, pentru a nu perfora membrana mucopericondroperiostală. Decolarea se va face uni sau bilateral.

Introducerea lamelelor în lojile create : prin incizia făcută sînt introduse lamelele de acrilic ori de cartilaj costal în lojile create și la nivelurile cerute de conformația foselor nazale. Aubry preferă teflonul. Lamelele sînt plasate unilateral sau bilateral, în funcție de scopul urmărit : recalibrarea uneia ori ambelor fose nazale. În cazul că intervenția reprezintă o completare a procedeului lui Eyriès se insistă ca lamelele să fie plasate mai mult posterosuperior, pentru a completa recalibrarea în zona în care nu a putut fi executată suficient.

Sutura : în așa fel, încît să nu permită autoeliminarea lamelelor. Ea poate fi făcută fie cu fire separate, dar apropiate, cu ace fine curbe atraumatice, ori cu fir continuu, prin însăilare.

Rezultate : în funcție de indicația corectă a intervenției și de modul în care se execută actul operator. Cheia succesului o constituie modul cum se efectuează decolarea și dozarea numărului de lamele pe care le introducem, ce trebuie să realizeze o bună și suficientă recalibrare a foselor nazale, fără însă a exagera, punînd mucopericondroperiostul în mare tensiune.

7.5.3. RECALIBRAREA PRIN APROPIEREA DE SEPT A PEREȚILOR INTERSINUSONAZALI. TEHNICA LUI LAUTENSCHLAEGER

Această intervenție a fost folosită mai mult în trecut, în prezent fiind utilizată numai în cazurile în care — din cauza unei atrofii pronunțate a mucoasei — procedeul lui Eyriès nu poate fi întrebuințat sau a fost utilizat dar, din cauza unei mucoase atrofice, fragile, s-a soldat cu un eșec prin eliminarea bastonașelor introduse subperiostal.

Scopul intervenției : recalibrarea foselor nazale prin apropierea de sept a pereților intersinusonazali.

Indicații : se practică azi numai în cazurile în care procedeul lui Eyriès nu se poate folosi din cauza unei atrofii prea pronunțate a mucoperiostului sau în cele de eșec, cu eliminarea bastonașelor, ulterior in-

Scanned with OKEN Scanner

tervenției lui Eyriès. Este recomandabil să se facă după vîrsta de 12 ani după ce a apărut a doua dentiție.

Pregătirea preoperatorie : cu o seară înaintea intervenției se administrează o medicație sedativă. În dimineața operației — cu patruzeci de minute înainte — se administrează o medicație sedativă și se face anestezia de bază. Sînt tunse firele de păr din ambele vestibule nazale.

Instrumentarul : bisturie ; foarfece mari curbe ; foarfece mari drepte ; depărtătoare Farabeuf ; răzușă ; dălți de diferite mărimi ; ciocan ; decolator ; pensă Citelli mușcătoare de os ; pensă mușcătoare de os obișnuită ; pense hemostatice Péan ; pense hemostatice Kocher ; chiuretă de os de dimensiune mai mare ; ace Reverdin mai puternice ; ace Hagedorn diferite ; portac ; specule nazale obișnuite ; fire de mătase solide sau nailon solid ; seringi diferite ; ace de seringi diferite ; comprese sterile ; meși sterile.

Poziția bolnavului : pe masă, în decubit dorsal, cu capul în rectitudine, avînd sub ceafă o pernă de nisip.

Poziția chirurgilor : operatorul — de partea dreaptă a bolnavului ; ajutorul — la capul bolnavului, pentru a putea executa o bună depărtare cu depărtătoarele Farabeuf, creînd o cale bună de acces în șanțul gingivolabial.

Cîmpul operator : se șterge bine cu alcool fața bolnavului, vestibulele nazale și șanțul gingivolabial de ambele părți. Este aplicat un cîmp steril peste bolnav pînă la bărbie. Se acoperă capul cu un cîmp steril cu gaură, lăsîndu-se descoperite numai piramida nazală, în partea ei inferioară, și regiunea labiomentonieră.

Anestezia : anestezie de suprafață în fosele nazale, prin introducerea de meși, supraetajate, de vată îmbibate cu soluție de cocaină 10% adrenalinată. Se face bilateral anestezia nervului maxilar superior, în fosa pterigo-maxilară, cu soluție de clorhidrat de procaină 1%. Sînt executate apoi anestezia în zona gingivolabială, bilateral, unde se va practica incizia, și cea a nervului infraorbitar, cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată. Mai pot fi infiltrate, cu același anestezic, regiunile preturbinale și meatele, inferioare și mijlocii.

Incizia : cu ajutorul depărtătoarelor Farabeuf, ajutorul depărtează buza superioară în sus și lateral, pentru a pune în evidență bine fosele canine de ambele părți. Incizia poate fi una continuă pe o întindere de cinci centimetri — de o parte și de alta a frenului labial —, sau două, de o parte și de alta a frenului, acesta fiind menajat. Este folosit un bisturiu cu lama scurtă. Incizia (inciziile) interesează mucoperiostul fosei canine, la o distanță de cel puțin o jumătate de centimetru de rebordul alveolar și paralel cu acesta.

Scanned with OKEN Scanner

Decolarea mucoperiostului : descoperă peretele osos al fosei canine, pînă se pune în evidență în sus pachetul vasculonervos suborbitar, care trebuie menajat, iar medial, pînă la nivelul conturului orificiului piriform. Cu două depărtătoare Farabeuf ajutorul expune peretele osos al fosei canine.

Deschiderea sinusului maxilar : folosind o daltă curbă, se trepanează în centrul fosei canine, creîndu-se un orificiu, prin care se comunică cu sinusul maxilar. Acest orificiu permite pensei lui Citelli să rezece peretele anterior al sinusului maxilar. Pentru completarea lărgirii rezecției peretelui anterior se poate folosi o pensă mușcătoare de os obișnuită, care ne va permite să avem o cale de acces suficientă în sinusul maxilar. Trebuie să avem mare grijă pentru a feri pachetul vasculonervos suborbitar. Prin rezecția peretelui anterior al sinusului maxilar medicul operator urmărește să aibă acces suficient asupra peretelui intern sinuzal, care reprezintă peretele ce separă sinusul de fosa nazală respectivă și pe care trebuie să-l mobilizeze spre această fosă.

Liberarea și mobilizarea peretelui intersinusonazal : cu ajutorul unei dălți fine și bine ascuțite se secționează succesiv mai întîi marginea inferioară, apoi cea anterioară și, în cele din urmă, marginea posterioară a peretelui intersinusonazal. În felul acesta peretele intern al sinusului maxilar nu mai este menținut decît prin marginea sa superioară, celelalte trei fiind secționate. Marginea superioară va servi ca o balama pentru peretele intersinusonazal, ce va fi luxat spre fosa nazală cu ajutorul degetului sau cu convexitatea unei chiurete.

De partea opusă se execută aceeași operație.

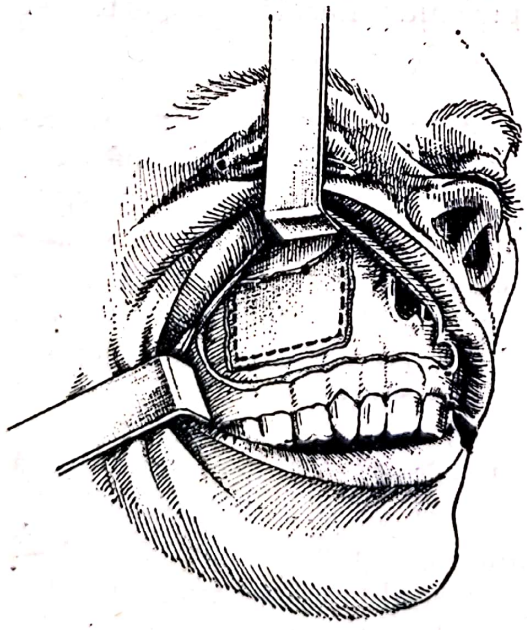


Fig. 155. Operația Lautenchlaeger (după Aubry). Liniile punctate indică liniile de secțiune ale peretelui intersinusonazal, balamaua fiind situată superior

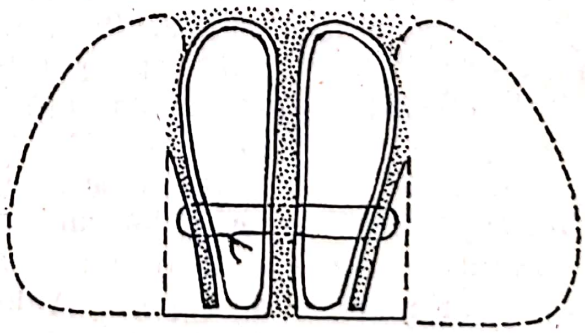


Fig. 156. Apropierea celor doi pereți laterali ai foselor nazale prin sutură în „U" (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

Menținerea pereților intersinusonazali luxați spre fosele nazale respective : cu ajutorul unui ac Reverdin mai puternic, pe care este fixat un fir de nailon sau mătase mai rezistentă, se străpunge succesiv peretele intersinusonazal drept, apoi septul și în cele din urmă peretele intersinusonazal stîng. Scoatem firul din acul Reverdin și trecem în sinusul maxilar stîng, unde se află unul din capetele firului, pe care îl fixăm în acul Reverdin și, cu ajutorul acestuia, străpungem din nou peretele intersinusonazal stîng, printr-un punct în U. Acul și firul ajunse în fosa nazală dreaptă, firul este scos din ac și prins cu o pensă. Trecem apoi în sinusul maxilar drept, unde se află celălalt capăt al firului, pe care îl fixăm la acul Reverdin, și străpungem — tot sub formă de U — peretele intersinusonazal drept și ajungem cu acul și firul în fosa nazală dreaptă. Aici, cu o pensă, scoatem firul din ac. Cele două capete ale firului se găsesc acum în fosa nazală dreaptă.

Apropierea celor doi pereți laterali ai foselor nazale către linia mediană : prin înnodarea celor două capete în fosa nazală dreaptă, după ce le-am strîns și apropiat cei doi pereți mobilizați cu degetul, spre fosele respective, obținem strîmtarea dorită a foselor nazale.

Tamponamentul strîns al sinusurilor maxilare : dacă s-au apropiat bine pereții intersinusonazali spre linia mediană, tamponamentul strîns al sinusurilor maxilare nu este absolut necesar. El poate fi util, totuși, ajutînd firul de apropiere, pentru a menține cei doi pereți luxați spre linia mediană, în poziția dorită.

Îngrijiri postoperatorii : în situația că s-au introdus, meșile din sinus se scot după aproximativ cinci zile. Firul de mătase sau nailon se îndepărtează la aproximativ cincisprezece zile. În toată această perioadă bolnavului i se vor administra antibiotice și i se va face o dezinfecție rinofaringiană riguroasă.

Dintre antibiotice s-a observat că streptomicina are un efect mai activ asupra germenilor întîlniți în ozenă.

Se mai face o dezinfecție a foselor nazale cu soluții oleoase, în care este bine să fie asociată vitamina A. De asemenea, va trebui să nu neglijăm o bună igienă bucofaringeană, clătind gura și faringele după fiecare masă. Regimul alimentar va fi hidrolactat în primele zile, pînă se detamponează sinusurile maxilare și chiar mai mult.

Operatorul va trebui să examineze zilnic bolnavul operat în fosele nazale recalibrate, pentru a-și da seama de evoluția locală a mucoperiostului, dacă mai apar cruste și dacă a dispărut fetiditatea. Observația zilnică a operatorului se va concentra și în șanțul gingivolabial, atît înainte cît și după detamponarea sinusurilor, pentru a supraveghea modul cum se face cicatrizarea plăgii.

Scanned with OKEN Scanner

8

CHIRURGIA REPARATOARE ȘI RECONSTRUCTIVĂ A NASULUI

8.1. GENERALITĂȚI

Chirurgia reparatoare și reconstructivă a nasului grupează marea diversitate de intervenții chirurgicale — mai mult sau mai puțin tipizate ca tehnică — ce urmăresc refacerea piramidei nazale distruse, în diferite grade, de cauze congenitale, inflamatorii cronice, tumorale ori traumatice. Ea cere chirurgului, în afara cunoașterii perfecte a regiunii pe care lucrează, a stăpînirii în cele mai bune condiții a noțiunilor legate de grefe, de prelevarea și comportarea biologică a acestora, o îndemînare deosebită în executarea actului chirurgical și o imaginație creatoare, care să-l conducă la alegerea soluției optime pentru refacerea piramidei nazale distruse. Bolnavii purtători ai unei asemenea disgrațioase infirmități sînt foarte susceptibili, cu un psihic alterat, dornici ca în cel mai scurt timp să se vadă din nou în rîndul semenilor lor, fără a mai prezenta infirmitatea, ce provoacă priviri insistente, comentarii, compasiuni, iar în anumite cazuri glume nereușite, care accentuează dereglarea psihică și scade capacitatea de muncă a infirmului.

În chirurgia reparatoare și reconstructivă a nasului, cauza producătoare a destrucției nazale interesează mai puțin, și numai în măsura în care ea permite să se stabilească timpul oportun al intervenției. Ceea ce interesează este aspectul și întinderea procesului destructiv, pentru a se fixa conduita chirurgicală.

Timpul oportun al intervenției, așa cum s-a arătat, este condiționat de cauzele care au dus la destrucția piramidei nazale. Refacerea acesteia fiind posibilă mai precoce în cazul că un traumatism a provocat infirmitatea ; după rezolvarea oncologică, atunci cînd o tumoră malignă a generat procesul distructiv.

În cazul malformațiilor congenitale și al proceselor cronice, ca lupusul și sifilisul, intervențiile pot fi temporizate. În situația ultimelor afecțiuni citate trebuie aplicat tratamentul specific și numai după vindecarea completă și sigură se efectuează intervenția reparatoare.

Intervențiile reparatoare și reconstructive ale nasului s-au practicat încă din cele mai vechi timpuri. Cauzele ce produceau destrucția piramidei nazale erau în linii generale ca și cele întîlnite în timpurile noastre, la care însă se adaugă amputarea nasului. Absența congenitală a nasului este foarte rar întîlnită, ea coexistînd cu alte afecțiuni mai grave care le fac incompatibile cu viața. O serie de malformații congenitale ale piramidei nazale se întîlnesc totuși sub formă de agenezie nazală unilaterală,

Scanned with OKEN Scanner

proboscis lateralis, sau de malformații întîlnite în fisurile mediane ale feței ori asociate cu buza de iepure. S-au constatat sfacelări parțiale sau mai întinse ale nasului din cauza degerăturilor, mai ales în timp de campanie, în anotimpul iernii, în perioada cu temperaturi mult scăzute.

Tumorile piramidei nazale, situate la diferite niveluri, produc destrucții ale piramidei prin însăși evoluția lor sau destrucția se produce în timpul actului operator, cînd — prin exereze largi — se încearcă rezolvarea oncologică a cazului, aspectul estetic fiind complet ignorat.

Lupusul și sifilisul sînt două maladii cronice ce au produs în decursul timpului și mai produc și în prezent, deși în mai mică măsură, diferite procese distructive ale tegumentelor sau scheletului piramidei nazale, care necesită, după o perioadă mai lungă de timp și în urma vindecării complete a maladiei cauzatoare, intervenții reparatoare.

Preocuparea chirurgilor în decursul timpului pentru repararea și reconstrucția piramidei nazale a fost permanentă. Interesul a fost direcționat spre refacerea atît a scheletului piramidei, cît și a tegumentelor, urmărindu-se obținerea de cicatrice cît mai discrete. Factorul funcțional a interesat în aceeași măsură. Numărul mare de metode utilizate în refacerea piramidei nazale distruse arată însă imperfecțiunea fiecăreia. Fiecare metodă are limitele ei, avantajele, dar mai ales dezavantajele.

Chirurgia reparatoare și reconstructivă a nasului este grea și nu întotdeauna dă satisfacții operatorilor și bolnavilor. Ea cere multă răbdare din partea tuturor, chirurgi și operați, colaborare între aceștia, dar mai ales încredere și speranța că, în final, se va obține un rezultat cît mai bun. Bolnavii trebuie să știe că medicii operatori se străduiesc să obțină cele mai bune rezultate, dar să nu li se ascundă că un nas care a suferit intervenții reparatoare sau reconstructive nu mai poate fi — în nici un caz — normal. El va fi un nas ce va avea scopul să estompeze ori să ascundă o mutilare și să permită reintegrarea în viața socială.

Amintind de colaborarea între chirurg și bolnav trebuie menționat și faptul că, înainte de a se decide ce metodă să folosească, să consulte pe cel în cauză în ceea ce privește recoltarea lambourilor (după metoda indiană, italiană sau franceză), arătînd avantajele și dezavantajele fiecăreia, legate de cicatricele disgrațioase ce rămîn pe față, în cazul metodelor indiană și franceză, și de numărul mare de intervenții care se execută folosind metoda italiană ori cea cu lambou tubulat. Punerea de acord în ceea ce privește metoda prin care se va realiza intervenția reconstructivă a nasului va da mai multă liniște și inițiativă chirurgului și va scuti în final pe bolnav de o decepție care sigur l-ar demoraliza.

8.2. MALFORMAȚIILE CONGENITALE

8.2.1. APLAZIA NAZALĂ

Aplazia nazală este foarte rar întîlnită, întrucît lipsa totală a piramidei nazale este asociată — în general — cu o serie întreagă de alte malformații care nu permit supraviețuirea.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 157. Agenezia nazală unilaterală (după Sercer)

8.2.2. CICLOCEFALIA

Ciclocefalia este o malformație a piramidei nazale extrem de rar întîlnită din aceleași motive arătate la aplazia nazală. În aceste cazuri nasul este reprezentat printr-un rudiment de trompă, la care se asociază și malformații orbitare sau la alt nivel.

Aceste malformații, care nu ajung să fie operate din motivele arătate, merită să fie menționate pentru a lua cunoștință de existența lor.

8.2.3. AGENEZIA NAZALĂ UNILATERALĂ

Această malformație congenitală este aproape în exclusivitate unilaterală și constă în absența sinusurilor și a fosei nazale de partea afectată, acestea fiind substituite de un bloc compact osos. Sinusurile și fosa nazală de partea opusă sînt, în general, de aspect mai mult ori mai puțin normal, atît structural cît și funcțional. Malformația este întîlnită mai frecvent, ea nefiind, în majoritatea cazurilor, asociată cu malformații care să nu permită supraviețuirea.

8.2.4. PROBOSCIS LATERALIS

Proboscis lateralis este o malformație congenitală și constă în prezența unei pseudotrompe implantate între unghiul intern palpebral și rădăcina nasului, avînd la extremitatea distală un rudiment de narină. Ca și în agenezia nazală unilaterală, elementele anatomice de partea opusă sînt de aspect normal. Pseudotrompa poate fi detașată de peretele nazal, atîrnînd liberă, sau lipită. Malformația se întîlnește în unele cazuri asociată cu alte malformații congenitale, mai mult sau mai puțin importante. Ea se operează folosind tehnica prin tunelizare.

Anestezia : local, cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată, asociată cu anestezie de bază.

Incizia : se fac două incizii : una în semicerc, conturînd marginea inferointernă a bazei de implantare a pseudotrompei, la o distanță de un milimetru, iar alta, tot semicirculară, cu concavitatea în jos la bază și pe partea superioară a pseudotrompei.

Decorticarea pseudotrompei de învelișul cutanat : după incizarea de-a lungul pseudotrompei se disecă, cu o forfecuță, și se îndepărtează tegumentele ce acoperă această formațiune, lăsînd numai în jurul extre-

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 157. Agenezia nazală unilaterală (după Sercer)

8.2.2. CICLOCEFALIA

Ciclocefalia este o malformație a piramidei nazale extrem de rar întîlnită din aceleași motive arătate la aplazia nazală. În aceste cazuri nasul este reprezentat printr-un rudiment de trompă, la care se asociază și malformații orbitare sau la alt nivel.

Aceste malformații, care nu ajung să fie operate din motivele arătate, merită să fie menționate pentru a lua cunoștință de existența lor.

8.2.3. AGENEZIA NAZALĂ UNILATERALĂ

Această malformație congenitală este aproape în exclusivitate unilaterală și constă în absența sinusurilor și a fosei nazale de partea afectată, acestea fiind substituite de un bloc compact osos. Sinusurile și fosa nazală de partea opusă sînt, în general, de aspect mai mult ori mai puțin normal, atît structural cît și funcțional. Malformația este întîlnită mai frecvent, ea nefiind, în majoritatea cazurilor, asociată cu malformații care să nu permită supraviețuirea.

8.2.4. PROBOSCIS LATERALIS

Proboscis lateralis este o malformație congenitală și constă în prezența unei pseudotrompe implantate între unghiul intern palpebral și rădăcina nasului, avînd la extremitatea distală un rudiment de narină. Ca și în agenezia nazală unilaterală, elementele anatomice de partea opusă sînt de aspect normal. Pseudotrompa poate fi detașată de peretele nazal, atîrnînd liberă, sau lipită. Malformația se întîlnește în unele cazuri asociată cu alte malformații congenitale, mai mult sau mai puțin importante. Ea se operează folosind tehnica prin tunelizare.

Anestezia : local, cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată, asociată cu anestezie de bază.

Incizia : se fac două incizii : una în semicerc, conturînd marginea inferointernă a bazei de implantare a pseudotrompei, la o distanță de un milimetru, iar alta, tot semicirculară, cu concavitatea în jos la bază și pe partea superioară a pseudotrompei.

Decorticarea pseudotrompei de învelișul cutanat : după incizarea de-a lungul pseudotrompei se disecă, cu o forfecuță, și se îndepărtează tegumentele ce acoperă această formațiune, lăsînd numai în jurul extre-

Scanned with OKEN Scanner

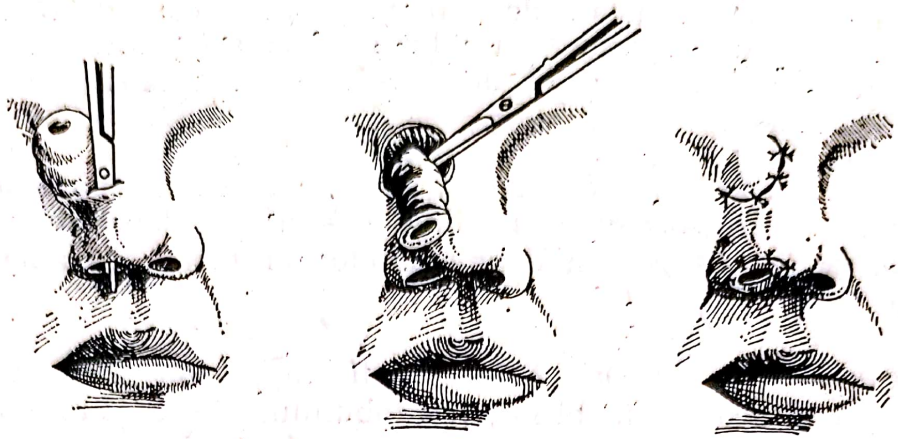


Fig. 158. Rezolvarea chirurgicală prin tunelizare în proboscis lateralis (după Mounier Kuhn)

mitații distale o zonă de doi milimetri, iar la extremitatea superioară o zonă semicirculară cu convexitatea în jos.

Incizia tegumentelor la nivelul viitoarei narine : se efectuează o incizie de partea interesată, simetrică cu narina opusă normală și avînd forma și mărimea acesteia. Cu forfecuța se îndepărtează mica porțiune de tegument care a fost circumscrisă prin incizie.

Executarea tunelizării : cu ajutorul pensei Kocher sau al unei forfecuțe se pătrunde prin incizia superioară, se străbat țesuturile de sus în jos și se iese la nivelul inciziei inferioare, unde va fi viitoarea narină.

Introducerea trompei în tunelul creat : prin incizia care a delimitat viitoarea narină se pătrunde cu o pensă, ce străbate tunelul creat și iese la nivelul inciziei superioare. Pensa prinde extremitatea distală a pseudotrompei, o introduce în tunel și o aduce la nivelul orificiului narinar.

Suturile : sînt puse cîteva puncte separate de sutură la nivelul narinei, fixînd extremitatea distală a pseudotrompei. Superior se sutureză incizia executată pe marginea inferointernă a bazei de implantare cu incizia semicirculară executată de partea superioară și externă a acesteia.

Tratamentul chirurgical în proboscis lateralis se mai poate executa prin incizie paralateronazală.

Sercer intervine chirurgical în proboscis lateralis după pubertate, deschizînd fosa nou creată în cea normală.

8.2.5. MALFORMAȚIILE NAZALE ÎNTÎLNITE ÎN FISURILE MEDIANE ALE FEȚEI

Fisura mediană majoră. Malformația constă în absența oaselor proprii nazale și separarea pereților laterali ai foselor nazale de sept, astfel că orificiul piriform se întinde mult, ajungînd chiar la frunte. Este produsă de necoalescența mugurelui nazal extern și intern. În această mal-

Scanned with OKEN Scanner

formație se mai pot constata două pseudotrompe, care au baza de implantare în unghiul superointern orbitar, separate printr-o depresiune. La extremitatea distală a celor două pseudotrompe sînt prezente două rudimente narinare.

Fisura mediană mijlocie. Nasul — deși oarecum conturat — este foarte lat și turtit, prezentînd pe linia mediană o depresiune pe toată întinderea, de sus în jos, în dauna oaselor proprii, care abia sînt reprezentate.

Fisura mediană minoră. Este o malformație mai atenuată și frecvent întîlnită. Ea constă în bifiditatea lobulului, partea superioară a piramidei fiind normală.

8.2.5.1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN FISURA MEDIANĂ MIJLOCIE

Anestezia : generală sau locală.

Incizia : de formă eliptică, întinzîndu-se de la frunte pînă la baza columelei.

Decolarea tegumentelor : cu forfecuța curbă se decolează excesul tegumentar circumscris de incizia eliptică.

Osteotomia laterală și înaltă : este practicată osteotomia laterală, după care trebuie să se obțină o mobilizare a celor doi versanți ai piramidei, în regiunea superioară.

Îngustarea piramidei osoase : cei doi versanți osoși — fiind mobilizați — sînt apropiați pe linia mediană și prinși cu cîteva puncte de apropiere. Dacă nu se obține decît o apropiere și nu se și înalță piramida, atunci este nevoie să se aplice peste cei doi versanți apropiați o grefă osoasă care să dea o formă cît mai apropiată de normal.

Îngustarea piramidei cartilaginoase : se obține prin mobilizarea cartilajelor triunghiulare și suturarea cu fire în formă de *U* pe linia mediană, pentru a se contura, în acest fel, dorsul nasului în regiunea distală.

Apropierea părților mediale ale cartilajelor alare : după ce s-a îndepărtat țesutul lax ce le desparte. Cînd acesta a fost îndepărtat, cele două părți mediale alare se suturează, realizînd astfel o columelă unică și un lobul mai mult sau mai puțin apropiat de normal.

Contenția : se aplică o compresă sterilă pe sutura tegumentară mediană, peste care se așază o atelă metalică prinsă cu benzi de leucoplast, pentru a menține în poziția nou imprimată cei doi versanți osteocartilaginoși ai piramidei nazale.

Scanned with OKEN Scanner

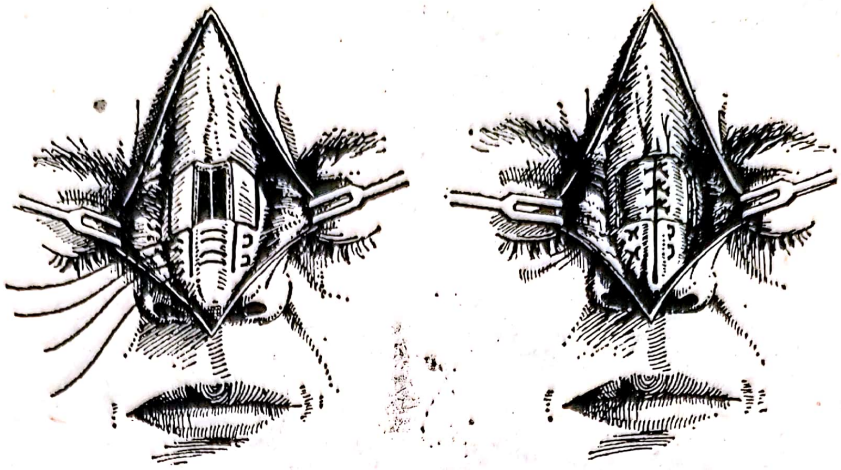


Fig. 159. Rezolvarea chirurgicală în fisura mediană mijlocie (după Mounier Kuhn)

8.2.5.2. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN FISURA MEDIANĂ MINORĂ

Incizia : în cazul în care malformația nu este prea accentuată se poate face endovestibular, așa cum am arătat la intervențiile corectoare, prin unirea inciziei transfixiante cu cea intercartilaginoasă.

Decolarea feței externe a domului cartilajelor alare de ambele părți : cu o forfecuță curbă, pătrunzînd prin vestibulul nazal opus, este decolată fața externă a domului într-o parte și apoi se procedează în același mod și pentru partea opusă.

Excizia țesutului lax dintre cele două domuri : după ce s-a eliberat fața externă a celor două domuri se rezecă țesutul lax ce ține depărtate domurile și părțile mediale ale cartilajelor alare.

Secționarea cartilajelor alare la nivelul domurilor : este executată la nivelul ambelor domuri ale cartilajelor alare, mai mult sau mai puțin lateral, în raport cu cît dorim să ridicăm vîrful nasului. Dacă nu este nevoie să se ridice prea mult vîrful, atunci se secționează la jumătatea domului ; cînd este necesar să fie ridicat mai mult, secțiunea se plasează mai lateral, de ambele părți.

Sutura celor doi stîlpi mediali : după secționarea domurilor cartilajelor alare, părțile mediale de ambele părți se suturează între ele, ridicînd vîrful nasului și făcînd să dispară aspectul bifid al acestuia. Dacă piramida osoasă este prea lată se poate practica osteotomia laterală, paramediană și înaltă, cu apropierea celor doi versanți, după tehnica descrisă în capitolul de chirurgie corectoare. Cu această ocazie se poate și înălța piramida, cînd este prea teșită.

Suturile la nivelul inciziilor : prin puncte izolate sînt suturate inciziile ce au creat calea de acces spre zona în care s-a intervenit.

Scanned with OKEN Scanner

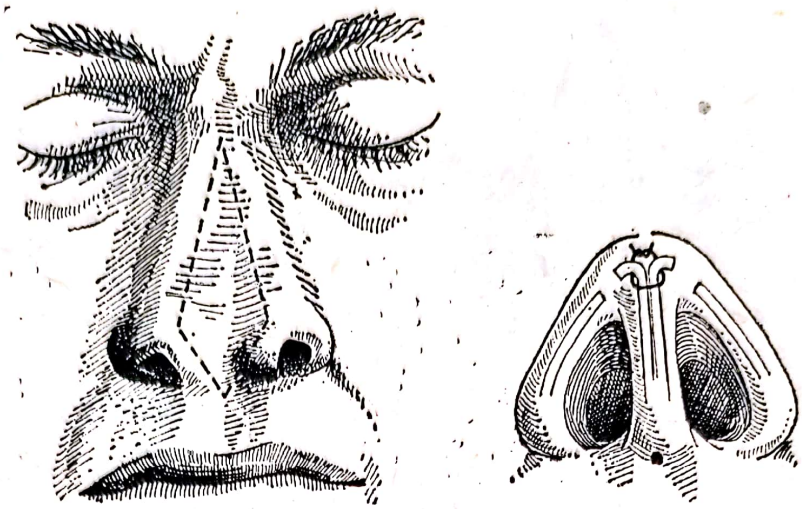


Fig. 160. Rezolvarea chirurgicală în fisura mediană minoră (după Mounier Kuhn)

Contenția : în cazul că s-a executat și osteotomia laterală, paramediană și înaltă, se aplică, după sistemul arătat la chirurgia corectoare, o atelă metalică, așezată pe o compresă dublă cu un strat fin de vată între cele două părți ale compresei, menținută prin benzi de leucoplast, pentru a putea păstra în poziție corectă cei doi versanți laterali ai piramidei nazale, dîndu-i o formă mai îngustă.

Pansamentul : comprese mici triunghiulare, îmbibate cu unguent de tetraciclină, pe care se adaugă și pulbere de penicilină.

8.2.6. MALFORMAȚIILE NAZALE ASOCIATE CU BUZA DE IEPURE

Buza de iepure este asociată întotdeauna de malformații ale nasului, care — în general — după ce s-a corectat buza de iepure sînt neglijate. Pentru sistematizare distingem : malformații nazale asociate cu buza de iepure unilaterală și malformații nazale asociate cu buza de iepure bilaterală.

8.2.6.1. MALFORMAȚIILE NAZALE ASOCIATE CU BUZA DE IEPURE UNILATERALĂ

Malformațiile nazale întîlnite în buza de iepure unilaterală sînt multiple și ele trebuie corectate pentru a avea un rezultat estetic și funcțional corespunzător.

În buza de iepure unilaterală se constată de cele mai dese ori deviația septului nazal, diametrul mare al narinei, de partea malformată, situat transversal, iar narina — turtită. Aripa nazală este înfundată, iar lobulul nazal, asimetric, din cauza părții mediale a cartilajului alar, care este mai scurtă. Planșeul fosei nazale de partea malformată este lărgit datorită inserției aripii nazale ceva mai lateral decît în partea sănătoasă. Corectarea malformației nazale asociată cu buza de iepure unilaterală se va face astfel :

Scanned with OKEN Scanner

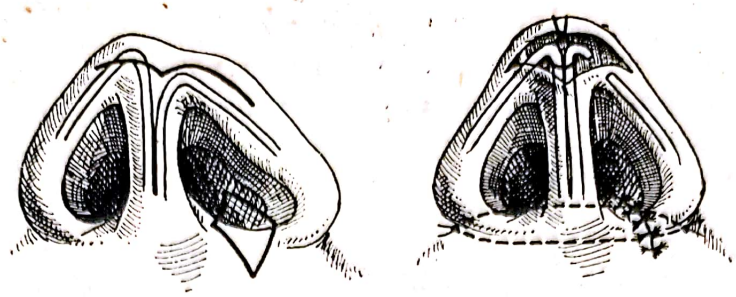


Fig. 161. Corectarea malformației nazale asociată cu buză de iepure unilaterală (după Mounier Kuhn)

Anestezia : generală sau locală, așa cum s-a arătat la capitolul chirurgiei corectoare a nasului.

Incizia : va fi în aripi de pasăre, urmînd marginea narinară.

Decolarea suprafeței externe a domului de partea malformației : cu o forfecuță curbă, prin procedeul Lagarde, se decolează tegumentele de pe fața externă a domului cartilajului alar, de partea malformației.

Secționarea domului cartilajului alar de partea malformației : cu un depărtător, sub formă de gheruță, este tracționat domul spre orificiul vestibular și apoi — utilizînd forfecuța — se secționează, mai mult sau mai puțin aproape de partea medială a cartilajului alar, în raport cu cît dorim să ridicăm partea medială pentru a avea aceeași înălțime cu cea de partea sănătoasă.

Ridicarea și suturarea părții mediale secționate cu partea medială a cartilajului alar de partea normală : prin aplicarea unui fir ori două, după caz, care au scopul să lipească cele două părți mediale și să ridice pe cea din partea malformației la nivelul celei normale.

Incizarea romboidală a tegumentelor planșeului : pentru a îngusta planșeul și a apropia de linia mediană inserția aripii nazale de partea malformației, se execută o incizie — în formă de romb — a tegumentelor planșeului, calculînd ca dimensiunile rombului să fie de așa natură, încît atunci cînd vor fi suturate marginile inciziei aripa nazală să aibă o inserție simetrică cu cea de partea sănătoasă.

Excizia rombului tegumentar : rombul tegumentar circumscris prin inciziile făcute se disecă cu forfecuța și se îndepărtează.

Decolarea marginilor inciziei : cu forfecuța, sînt disecate marginile inciziei, de jur împrejur, atît cît este necesar să se apropie marginile inciziilor, fără a pune în tensiune suturile.

Sutura : marginile inciziei sînt suturate prin puncte separate, apropiind inserția aripii nasului de columelă, încercînd să o situăm simetric față de partea normală. Pentru o mai mare siguranță se transfixiază în

Scanned with OKEN Scanner

plus un fir de mătase între zonele de implantare ale celor două aripi nazale. În unele cazuri, cînd pragul narinar este mai înfundat, se poate introduce un fragment subțire de cartilaj sau os sub tegumentele decolate.

Deviația septului nazal se va corecta într-un timp operator ulterior și în raport cu vîrsta bolnavului.

8.2.6.2. MALFORMAȚIILE NAZALE ASOCIATE CU BUZA DE IEPURE BILATERALĂ

Malformațiile nazale asociate buzei de iepure bilaterale constau în turtirea piramidei nazale, ale cărei aripi sînt depărtate, realizînd orificii narinare transversale și o columelă scurtă. Pentru corectarea malformației nu este nevoie decît de îngustarea planșeului narinar, prin apropierea aripilor nazale de linia mediană și alungirea columelei, celelalte aspecte corectîndu-se de la sine, în urma remedierii celor două elemente importante ale malformației. Planșeul narinar se îngustează, așa cum s-a arătat, prin rezecția a două romburi — de o parte și de alta a columelei — din tegumentele planșeului narinar, ce se suturează și apoi, printr-un fir transfixiant, se mențin inserțiile aripilor nazale mai aproape de linia mediană.

Columela este alungită prin procedeul Gensoul, care constă într-o incizie interseptocolumelară și apoi una în formă de *V* la baza columelei, cu deschiderea în sus, și sutura în *Y*, ce permite alunecarea și alungirea columelei. Mai este posibil confecționînd două triunghiuri de fiecare parte a columelei, care sînt încrucișate între ele, permițînd în acest fel alungirea columelei.

Utilizînd procedeul numit *în treflă*, Converse produce alungirea columelei prin croirea unor lambouri triunghiulare de pe planșeul narinar, ce sînt decolate și ridicate pe care apoi le suturează de o parte și de alta a unei despicături făcute în subcloazon. Există și alte procedee de alun-

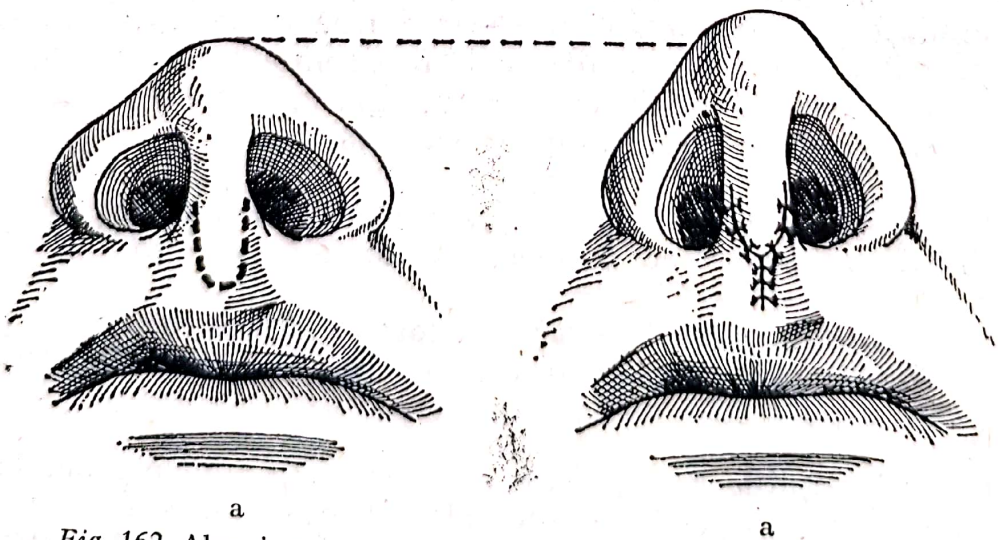
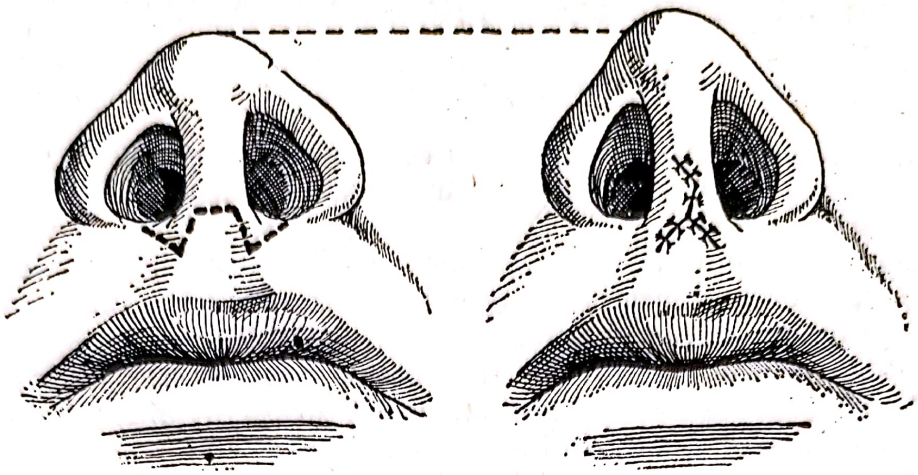


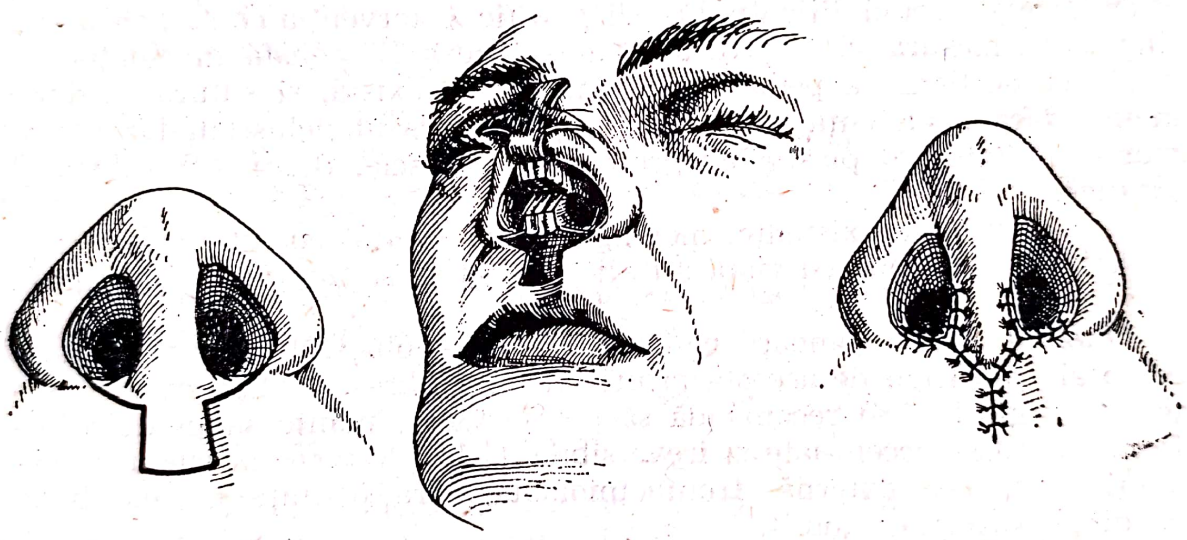
Fig. 162. Alungirea columelei prin procedeul „VY" (după Willemot)

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 163. Alungirea columelei prin incizarea a două triunghiuri de fiecare parte a subcloazonului și încrucișarea lor (după Willemot)



a b c

Fig. 164. Alungirea columelei după procedeul Converse (după Mounier Kuhn)

gire a columelei, mai puțin folosite și cunoscute, care pot fi completate prin introducerea unei grefe osoase sau cartilaginoase în *L*, pentru a ridica mai bine vîrful nasului și a-i conferi mai multă stabilitate. Alegerea procedeului depinde de fiecare caz, de obișnuința chirurgului cu una sau alta din tehnici, iar rezultatele sînt în funcție de modul cum s-a executat tehnica și felul în care s-au aplicat îngrijirile postoperatorii.

8.3. TUMORILE NAZALE

Tumorile nazale — atît benigne, cît și maligne — produc alterări în diferite grade și forme ale piramidei nazale, care impun intervenții reparatoare ulterioare.

Scanned with OKEN Scanner

8.3.1. TUMORILE BENIGNE ALE PIRAMIDEI NAZALE

8.3.1.1. TUMORILE NEUROGENE

Meningoencefalocelul sau hernia cerebrală anterioară ori cefaloceul, cum mai este numit de unii autori, este o tumoare datorată hernierii conținutului cutiei craniene prin foramen caecum, în urma unei deficiențe de închidere a lamelor protovertebrale cefalice, denumite lamele Köllicker. Cînd hernierea interesează numai meningele, fără masa cerebrală, tumoarea se numește meningocel.

Meningoencefalocelul poate fi orientat înainte sau în jos și lateral, constituind forma nazoetmoidală, ori în jos și în afară, luînd forma meningoencefalocelului nazoorbitar.

Tumoarea apare evident, de dimensiuni variind între acelea ale unui sîmbure de cireașă și o portocală, sau chiar mai mare, putînd fi sesilă ori pediculată. Conturul pierderii de substanță se poate palpa de cele mai multe ori. Uneori meningoencefalocelul, străbătînd printr-o dehiscență a oaselor bazei craniului, este pus în evidență în fosa nazală sau în epifaringe, creînd dificultăți de diagnostic. Intervenția chirurgicală este singura în măsură să rezolve asemenea cazuri. Ea constă în ablația tumorii, cu secționarea pedicului, cînd acesta există, și suturarea durei mater, dacă dehiscența osoasă este mică. În cazul dehiscențelor osoase mari se impune o plastie cu grefă osoasă, fascie, derm sau substanță plastică.

În situația coexistenței meningoencefalocelului cu alte malformații ce sînt incompatibile cu viața nu este indicat să se intervină chirurgical.

Gliomul este o tumoare neurogenă, care evoluează separat de masa cerebrală sau legat de aceasta printr-un tract fibros. Tratamentul ei este tot chirurgical și se recomandă să se efectueze înainte să producă deformații osoase accentuate și ireversibile. Calea de acces în cursul intervenției este cea externă, frontoetmoidală, care permite în mai bune condiții abordarea tumorii.

Neurofibromul este tumoare cu evoluție lentă și nu deformează scheletul piramidei nazale. Se întîlnește în cadrul unei neurofibromatoze. Tratamentul constă în extirparea tumorii.

8.3.1.2. TUMORILE ECTODERMICE

Se pot prezenta ca tumori propriu-zise sau îmbracă aspectul de fistule, situate în cea mai mare parte a cazurilor subcutanat. Fistulele au uneori un traiect care se insinuează pe sub oasele proprii nazale sau chiar sub osul frontal, fiind unice ori duble. Aceste formațiuni congenitale se situează, în general, pe linia mediană, întinzîndu-se pe toată lungimea dorsului nasului. Fie că este chist, fie că se prezintă sub forma de fistule, aceste formațiuni de origine ectodermică, pentru a fi operate în bune condițiuni, este bine ca înainte de intervenție să fie investigate prin radiografii cu substanță de contrast injectată în chist sau prin ori-

Scanned with OKEN Scanner

ficiul fistulei. Intervenția chirurgicală este bine să se execute folosind calea de abord externă.

Incizia : se poate executa fie transversal cu convexitatea în jos, fie longitudinal pe linia mediană, cu un bisturiu bine ascuțit, cu lama fină, sau cu un fragment de lamă prinsă oblic într-o pensă Péan.

Disecția formațiunii : se disecă începînd cu partea inferioară și trecînd apoi la disecția părților laterale, care se pot întinde în sus destul de mult, ajungînd sub oasele proprii nazale, fiind nevoie pentru a efectua disecția completă a traiectului fistulos, să se execute discizia oaselor proprii nazale. În alte cazuri urmărirea și disecția traiectului fistulos impun secționarea cartilajelor triunghiulare.

Refacerea planurilor anatomice : după extirparea în întregime a traiectului fistulos, în cazul în care s-a făcut discizia oaselor proprii nazale sau secționarea cartilajelor triunghiulare, acestea trebuie repuse în poziția anatomică normală, pentru ca piramida nazală să fie cît mai puțin afectată din punct de vedere estetic.

Sutura planurilor superficiale cutanate : este bine să se facă cu cîteva fire de apropiere a straturilor subcutanate și apoi să se execute o sutură intradermică a tegumentelor.

Pansamentul : cît mai estetic, prin comprese puține, prinse cu benzi de leucoplast, de așa manieră încît să joace rolul de menținere a marginilor inciziei în poziția imprimată prin sutură, nepermițînd desfacerea plăgii.

Scoaterea firelor : după caz, între a cincea și a șaptea zi, în funcție de modul cum s-au prins buzele plăgii.

8.3.1.3. TUMORILE MEZODERMICE

Dintre tumorile mezodermice, la nivelul piramidei nazale se întîlnește hemangiomul, care se poate situa fie superficial, și în acest caz este ușor de diagnosticat, fie profund, avînd aspectul unei tumefacții depresibile la palpare, acoperită de tegumente cu o tentă ușor albăstruie și care își modifică volumul, mai ales cînd copilul plînge sau strigă. Aceste tumori, în cazul că sînt întinse, se tratează prin radiumterapie. Unii autori recomandă injecțiile sclerozante. Ele trebuie făcute cu competență, pentru a nu risca o necroză tegumentară.

În formele strict limitate se poate face uz de actul chirurgical, care constă în :

Incizia tegumentelor : se practică incizarea tegumentelor în afara tumorii, circumscriind-o incomplet.

Decolarea tegumentelor împreună cu tumoarea : se decolează cu mare atenție tegumentele incizate împreună cu tumoarea, avînd mare grijă ca în timpul decolării să nu se rănească aceasta, pentru a evita o

Scanned with OKEN Scanner

sîngerare neplăcută, care prelungește intervenția, creîndu-ne multe necazuri pînă o stăpînim.

Răzuirea tegumentelor pe fața lor profundă : se răzuiesc tegumentele pe fața lor profundă, încercînd pe cît posibil să nu se pătrundă în tumoare. Dacă este posibil, se va crea un spațiu de clivaj, în care — pătrunzîndu-se — se decolează tumoarea de tegumente.

Reașezarea tegumentelor, lipsite de tumoare, pe vechiul loc : după ce tumoarea hemangiomatoasă a fost îndepărtată de pe fața profundă a tegumentelor acestea se reașază pe vechiul loc.

Sutura : prin puncte izolate sau asociate cu sutură intradermică.

8.3.1.4. ALTE TUMORI CONGENITALE BENIGNE

Aceste tumori, situate pe planșeul narinar și la nivelul septului nazal, sînt congenitale și mai rar întîlnite.

Chistul septului cartilaginos este o formațiune chistică, situată în regiunea cartilaginoasă a septului nazal, apărînd ca o bombare simetrică de o parte și de alta a septului cartilaginos, care este depresibilă la palparea cu stiletul butonat. Prin puncție se extrage un lichid mucos albgălbui. Tratamentul este chirurgical și constă în rezecția subpericondromucoasă, avînd grijă să cruțăm cît mai mult cartilajul, pentru a nu duce la o înfundare a piramidei cartilaginoase.

Chistul planșeului narinar este seromucos ; el se formează pe orificiul piriform. Tratamentul constă în extirparea lui pe cale vestibulară, cu sau fără rezecție osoasă, după caz, prin disecția învelișului cutaneomucos, care uneori este dificilă.

8.3.1.5. TUMORILE BENIGNE CE NU SÎNT CONGENITALE

Tumorile benigne care nu au origine congenitală sînt grupate în tumori superficiale și profunde. În cadrul tumorilor superficiale intră rinofima, cheloidele, nevii și altele. Dintre tumorile profunde amintim chisturile prin incluziune și tumorile benigne subcutanate, cum sînt lipomele și altele.

Chisturile prin incluziune apar în urma unor intervenții chirurgicale efectuate la nivelul piramidei nazale, dar mai ales pe lobulul nazal. Tratamentul este chirurgical, calea de abord fiind cea endovestibulară.

8.3.1.5.1. **Tehnica operatorie a rinofimei**

Rinofima este o diformitate a tegumentelor lobulului și aripilor nasului, ce respectă orificiile narinare, provocată fiind de o acnee hiper-

Scanned with OKEN Scanner

trofică, la care se adaugă de cele mai multe ori o hiperplazie teleangiectazică a țesutului conjunctiv, fără a interesa scheletul cartilaginos al zonei respective. Tratamentul afecțiunii constă în decorticarea stratului hipertrofic provocat de degenerescența hiperseboreică a glandelor sebacee, respectînd țesutul celular profund și zonele epidermice nealterate de procesul patologic, pentru a permite epidermizarea după intervenția chirurgicală.

Incizia : cu bisturiul se circumscrie conturul procesului tumoral, respectînd zona din vecinătatea conturului orificiilor narinare, care nu este interesat de procesul de degenerescență glandulară hiperseboreică.

Decorticarea zonei afectate : se ridică cu bisturiul strat cu strat, începînd de sus în jos, toate țesuturile interesate de procesul de degenerescență hipertrofică, întocmai cum se curăță un măr de coajă sau un cartof (Aubry). Decorticarea este însoțită de o sîngerare difuză, care poate fi stăpînită prin aplicarea de comprese îmbibate cu ser fiziologic rece. Este bine să se recurgă la electrocoagulare numai în cazurile în care în anumite puncte sîngerarea continuă și după ce s-au aplicat sau tamponat cu comprese îmbibate cu ser fiziologic rece. Trebuie avut o mare grijă ca în procesul de decorticare scheletul cartilaginos să fie respectat și, de asemenea, cînd se aplică electrocoagularea.

Pansamentul : după terminarea intervenției unii chirurgi aplică un pansament gros. Alții, printre care și Aubry, pun pe suprafața sîngerîndă grefă dermoepidermică groasă sau chiar grefă de piele totală, pe care o suturează lăsînd capetele firelor de sutură mai lungi. Capetele firelor le înnoadă deasupra compreselor îmbibate cu ser fiziologic rece, aplicate peste grefe. Pansamentul se păstrează opt sau chiar zece zile uneori.

Sînt autori care nu sînt de părere să se aplice grefe de piele, pentru a se evita incluziunile epidermice (Fiică).

Insulele epidermice rămase după decorticare sînt în măsură să asigure o epidermizare a zonei decorticate, într-un timp mai mult sau mai puțin îndelungat. În cazul aplicării grefelor dermoepidermice sau de piele totală trebuie aleasă bine regiunea din care se recol-

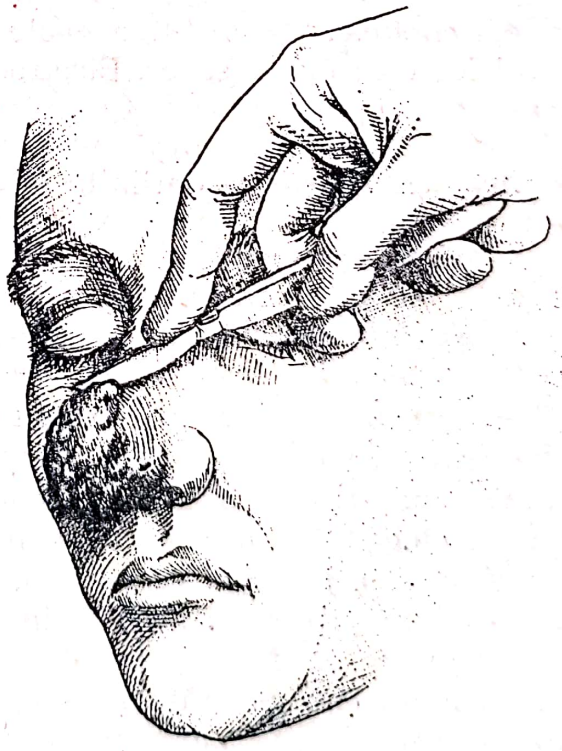


Fig. 165. Decorticarea lobului nazal în rinofima (după Aubry)

Scanned with OKEN Scanner

teză. Această regiune este necesar să fie glabră și de un aspect cît mai asemănător cu acel al pielii nasului, pentru a nu fi vizibilă prin contrast cu aceasta după vindecare.

8.3.2. TUMORILE MALIGNE ALE PIRAMIDEI NAZALE

Tumorile maligne ale piramidei nazale se pot dezvolta fie pe tegumentele piramidei sau ale vestibulelor nazale, fie pe țesuturile mezenchimatoase ale piramidei, ca țesuturile conjunctiv, cartilaginos ori osos.

Tumorile epiteliale se întîlnesc cu deosebire la adulți, pe cînd cele conjunctive se observă la toate vîrstele și uneori și la copii.

Din punct de vedere histopatologic se pot diferenția :

Epitelioamele cutanate malpighiene, care se prezintă sub formă de epitelioame spinocelulare, bazocelulare sau mixte. Apar mai ales la bătrîni, în urma degenerării unei keratoze senile fie sub forma de epiteliom plan superficial, fie sub forma de ulcus rodens. Tratamentul acestor forme se poate face în condiții bune prin radioterapie.

Epitelioamele pavimentoase. Aceste forme cu o evoluție rapidă și, uneori, după tratamentele fizioterapice recidivează sau produc metastaze.

Cilindroamele, întîlnite îndeosebi la nivelul rebordului vestibulelor nazale.

Nevoepitelioamele, care au o evoluție infiltrativă foarte rapidă. Prognosticul lor este foarte sever. Electrocoagularea este tratamentul cel mai indicat.

Epitelioamele cilindrice, întîlnite foarte rar, cu localizare la nivelul vestibulelor nazale.

Tumorile maligne conjunctive, ce pot atinge dimensiuni apreciabile, se pot prezenta fie sub forma de fibrosarcome, fie sub formă de condro sau osteosarcome. Mai rar au fost semnalate gliosarcomele aripii nasului (Pasov) și disembriomele subcloazonului (Aubin).

Tratamentul tumorilor maligne epiteliale constă în radioterapie, radiumterapie sau exereză prin electrocoagulare, care necesită — după vindecarea oncologică — intervenții chirurgicale reparatoare. În cazul tumorilor maligne conjunctive se execută, atunci cînd este posibil, o exereză largă a tumorii prin sacrificare întinsă a țesutului sănătos învecinat. În condrosarcomele sau fibrosarcomele vîrfului nasului nici amputația totală a nasului nu este în măsură să oprească apariția recidivelor sau a metastazelor ganglionare submaxilare ori la distanță (Racoveanu). In cazurile fericite, dacă s-a obținut rezolvarea oncologică, se execută apoi intervenții reconstructive ale piramidei nazale.

Scanned with OKEN Scanner

Epitelioamele infiltrante ale unghiului intern al orbitei, ce se dezvoltă în profunzime, spre etmoid, și-l invadează. Tratamentul chirurgical va fi asemănător cu cel al tumorilor etmoidale, la care se asociază o exereză a tegumentelor din vecinătatea punctului de plecare a acestei tumori. În cazul că s-a realizat vindecarea oncologică se poate trece, după cîtva timp, la executarea intervențiilor reparatoare.

Tumorile care se dezvoltă pe leziuni lupice, caracterizate prin recidive insistente, care duc în cele din urmă — după electrocoagulări repetate — la mutilări progresive, ce nu pot fi reparate prin intervenții chirurgicale decît după un timp îndelungat, cînd există certitudinea că o recidivă ulterioară nu mai este posibilă. Pînă să se poată executa intervenții reparatoare, dacă situația o va permite, se va recomanda bolnavului folosirea unei proteze nazale care să-i mascheze infirmitatea.

8.4. TRAUMATISMELE PIRAMIDEI NAZALE

Dintre toți factorii care acționează destructiv asupra piramidei nazale traumatismele reprezintă procentajul cel mai ridicat. Nasul, fiind o formațiune anatomică așezată în centrul figurii, sub forma unei proeminențe — care depășește celelalte componente ale feței —, este mai supus la traumatisme atît în perioada copilăriei, cît și mai tîrziu, la vîrsta adultă.

În copilărie, deși traumatismele piramidei nazale sînt frecvente, prin căderi sau lovituri ușoare, tegumentele nasului sînt mai puțin interesate, iar scheletul — nefiind încă osificat — prin cădere se comprimă doar, fără să sufere fracturi, imprimîndu-i doar direcții defectuoase de creștere.

La adulți frecvența traumatismelor a crescut în ultimul timp datorită accidentelor de circulație, de muncă, sporturilor etc. Nu putem vorbi de traumatismele piramidei nazale fără să amintim rolul dezastruos pe care l-au jucat războaiele în producerea diferitelor plăgi ale feței. La aceasta trebuie să mai adăugăm mușcăturile nasului de animale sau chiar de om.

Leziunile produse de traumatismele piramidei nazale pot interesa fie numai tegumentele, producînd echimoze, contuzii sau plăgi deschise, fie doar scheletul osos, provocînd fisuri ori fracturi, care — dacă nu sînt redresate în timp util — dau malformații ale piramidei, necesitînd intervenții corectoare ulterioare. Traumatismele puternice afectează atît tegumentele, cît și scheletul osteocartilaginos și mucoasa pituitară, generînd plăgi — mai mult sau mai puțin întinse în suprafață ori profunzime —, care antrenează destrucții de diferite grade ale piramidei nazale. Tratamentul aplicat în plăgile piramidei nazale ce interesează atît tegumentele, cît și scheletul osteocartilaginos este în funcție de întinderea și gradul leziunilor, precum și de timpul scurs de la producerea traumatismului. Conduita în asemenea cazuri constituie obiectul chirurgiei reparatoare și reconstructive a piramidei nazale.

Scanned with OKEN Scanner

8.4.1. PLĂGILE RECENTE FĂRĂ PIERDERE DE SUBSTANȚĂ

Dezinfecția regiunii afectate : se dezinfectează regiunea afectată cu alcool sau altă soluție antiseptică.

Anestezia : după curățirea foselor nazale de cheaguri și oprirea sîngerării se face anestezia mucoasei pituitare cu meși de vată îmbibate în cocaină soluție 10% adrenalinată, introduse supraetajat în fosele nazale. Trebuie ținută evidența meșilor introduse în fiecare fosă nazală, pentru ca la scoaterea acestora să nu rămînă vreuna în fosa nazală. Tegumentele sînt apoi infiltrate cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată sau xilină în soluție 1% adrenalinată. În anumite cazuri mai laborioase poate fi necesară și o anestezie de bază.

Anestezia generală — dar de scurtă durată — este folosită mai rar, îndeosebi la agitați sau la copii.

Inventarul leziunilor : cu un stilet butonat ori o sondă canelată se explorează plaga atît la suprafață, cît și în profunzime. Astfel, la suprafață se cercetează dacă tegumentele își păstrează vitalitatea, iar în profunzime dacă există eschile osoase, plaga comunică sau nu cu fosa nazală, nu a apărut un emfizem subcutanat sau nu există o fractură cu deplasare osoasă. Cînd este cazul se face o eschilectomie, însă cu mare parcimoniozitate, deoarece fiecare fragment osos poate fi folosit dacă este reașezat în poziție bună, putîndu-se suda cu restul scheletului, fiind util la refacerea scheletului piramidei nazale. Marginile plăgii trebuie netezite cu mare economie, astfel încît să nu fie excizate țesuturi sănătoase, care sînt foarte utile în procesul de refacere a tegumentelor. Apropierea marginilor plăgii, fără punerea în tensiune a țesuturilor, este posibilă în urma decolării tegumentelor, prin manevra Lagarde. Se recomandă folosirea de croșete fine pentru tegumente și, de asemenea, este indicat ca în loc de pense anatomice obișnuite să se utilizeze pense oftalmologice, cu dinți de șoricel, în scopul evitării traumatizării țesuturilor.

Sutura are o mare importanță. Ea va fi făcută cu ace fine, atraumatice, și mătase subțire, prin puncte fixe simple sau asociate cu sutură intradermică. Cînd plaga este mai întinsă, deoarece a fost nevoie de o decolare mai mare a țesuturilor, se poate aplica un drenaj tip Redon sau se folosesc fire fine de nailon.

Pansamentul are, de asemenea, un rol mare în vindecarea plăgii. El trebuie făcut ușor compresiv, cu comprese prinse cu benzi adezive, care să mențină apropiate buzele plăgii.

8.4.2. PLĂGILE VECHI, CICATRIZATE, FĂRĂ RETRACȚIE

Anestezia : local, prin infiltrație cu clorhidrat de procaină soluție 1% adrenalinată.

Excizia țesutului cicatriceal : cu un bisturiu cu lamă fină sau cu un fragment de lamă prins într-o pensă hemostatică fără dinți se excizează cicatricea, prin incizii cît mai regulate, care să o încadreze în

Scanned with OKEN Scanner

forme geometrice simple. Cînd este mică, cicatricea se încadrează prin incizii într-o formă eliptică, tegumentele putînd fi mobilizate și apropiate în vederea suturii fără a mai fi nevoie de o decolare a acestora după planurile subcutanate.

Sutura : prin unul sau două puncte simple, asociate cu o sutură intradermică. Dacă cicatricea este mai întinsă și excizia ei a provocat o suprafață sîngerîndă mare, atunci este absolut necesar să fie decolate tegumentele cu țesutul subcutanat de jur împrejurul plăgii sau — cînd aceasta nu este posibil — numai în zonele laxe.

8.4.3. PLĂGILE CU PIERDERE DE SUBSTANȚĂ CUTANATĂ SAU SCHELETALĂ

Plăgile cu pierderi de substanță mai întinsă nu pot beneficia de o simplă sutură a marginilor plăgii și, în asemenea cazuri, trebuie să recurgem la procedee autoplastice prin alunecare, după incizii liberatoare (metoda franceză). Elementul esențial în astfel de situații este încadrarea, prin regularizarea marginilor plăgii, într-o formă geometrică cît mai simplă a pierderii de substanță. Se execută apoi incizii eliberatoare ale tegumentelor din vecinătate, după anumite scheme, depinzînd de diferiți autori, cu alunecarea acestora pe suprafața ce trebuie acoperită și suturarea, executată cît mai estetic posibil.

La capitolul grefe au fost expuse pe larg diferite procedee chirurgicale de autoplastie, care — aplicate în funcție de lipsa de substanță și de forma geometrică în care s-a încadrat prin regularizarea marginilor plăgii — sînt în măsură să dea satisfacții. De aceea în continuare vor fi menționate pe scurt, fără să se mai insiste prea mult asupra lor.

În general literatura de specialitate stabilește trei grupe de rinoplastii : autoplastiile de vecinătate ; autoplastiile de la distanță sau pediculate ; autoplastiile prin lambouri întîrziate, dublate, armate.

În cadrul autoplastiilor de vecinătate se disting autoplastiile prin : alunecare (numită și metoda franceză) ; metoda indiană ; lambou tubulat. Autoplastiile de la distanță sînt împărțite în : autoplastii prin metoda italiană și prin lambou tubulat migrator. Autoplastiile prin lambouri întîrziate, dublate, armate cuprind : lamboul întîrziat ; lamboul dublat și lamboul dublat și armat.

Un rol important în chirurgia reparatoare și reconstructivă a piramidei nazale îl au autografele libere. Acestea pot fi : cutanate, dermice, mucoase, grăsoase, osoase și cartilaginoase.

Autografele cutanate pot fi : dermoepidermice subțiri, care interesează treimea superioară a pielii (grefe tip Ollier-Thiersch) ; dermoepidermice groase, ce interesează două treimi din grosimea pielii (grefe tip Padgett) și de piele totală, care interesează toată grosimea pielii.

Autografele dermice au fost descrise de Virenque și constau în prelevarea unui strat dermic profund, după ce în prealabil s-a detașat o lamă dermoepidermică subțire, ce nu se detașează complet și care apoi se rabate pe locul de unde s-a prelevat autografa dermică, suturîndu-se.

Scanned with OKEN Scanner

Este mai puțin folosită în chirurgia reparatoare și reconstructivă a nasului.

Autografele mucoase pot fi libere sau pediculate. Se întrebuințează mai puțin în chirurgia reparatoare și reconstructivă a nasului.

Autografele grăsoase sînt autografe de capitonaj, pe care nu putem conta prea mult, deoarece se resorb în mare parte sau se transformă în țesut fibros, micșorîndu-și volumul. De aceea unii autori recomandă folosirea în exces a țesutului grăsos ori recoltarea stratului profund al dermului odată cu autografa grăsoasă. Noi am folosit autografa grăsoasă în ozenă, introducînd-o în fundurile de sac create, înainte de a introduce bastonașele, pentru a avea rol de protecție a mucoasei față de tensiunea pe care acestea o pot exercita în timp asupra ei.

Autografele osoase sînt utilizate la refacerea scheletului de susținere al piramidei nazale. Osul se poate recolta fie de la nivelul tibiei, fie de la nivelul aripei iliace. Modul de recoltare a autografelor osoase a fost descris la capitolul grefelor, iar cel de utilizare pentru corecția unui nas hipoplazic, la capitolul chirurgiei corectoare a nasului.

În afară de autografele osoase se mai pot folosi homografe osoase, întrebuințînd grefe osoase conservate prelevate de la alt om. Asemenea grefe le-am folosit și noi cu rezultate bune. Unii autori recomandă și heterografele provenite de la un animal tînăr, cum este vițelul.

În chirurgia reparatoare autografa osoasă se folosește în destrucțiile parțiale proximale, dacă este interesat și scheletul osos al piramidei nazale, dar mai ales în destrucțiile totale ale piramidei, cînd grefa poate fi introdusă prin tunelizare — la nivelul frunții — în regiunea în care s-a calculat să se recolteze lamboul frontal (așa cum prevede intervenția descrisă de Preidlsberger) sau în lambourile dublate și armate ce urmează să refacă întreaga piramidă nazală.

Autografele cartilaginoase sînt cele mai bine tolerate. Unii autori, printre care și Aubry, afirmă că uneori ea se resoarbe în parte ori se transformă în țesut fibros. Noi avem o mare experiență în folosirea cartilajului costal atît în refacerea scheletului piramidei nazale în hipoplazii, cît și în recalibrarea foselor nazale în ozenă. Nu am observat în nici un caz resorbția cartilajului sau transformarea acestuia în țesut fibros, fapt care ne-a încurajat și ne-a determinat să-l utilizăm în continuare, atît ca autografă cît și ca homografă. Nu am întrebuințat heterografa cartilaginoasă. Aubry o folosește pe scară largă. El recoltează aseptic de la abatoare cartilaj de vițel, pe care-l conservă prin frig la —30° apoi la —15°. De asemenea, cartilajul de vițel mai poate fi conservat și într-o soluție antiseptică, dar nu caustică. Aubry recomandă păstrarea cartilajului într-o soluție apoasă de merthiolat (etilmercurithio-salicilat) timp de o săptămînă în soluție de 4‰, apoi în alta de 1‰. Înainte de utilizare trebuie să se cerceteze sterilitatea heterografei, printr-un examen bacteorologic.

În refacerea piramidei nazale prin lambou dublat și armat cartilajul costal este foarte frecvent folosit, fiind introdus prin tunelizare

Scanned with OKEN Scanner

în lambou, în țesutul celular, între planul cutanat al lamboului și planul grefei dermoepidermice. Grefa va trebui să fie situată cît mai aproape de planul cutanat, urmînd să așteptăm aproximativ trei săptămîni și apoi să grefăm lamboul pe suprafața receptoare (Aubry).

Modul de recoltare al cartilajelor costale a fost descris în capitolul grefelor.

5. INTERVENȚIILE REPARATOARE ȘI RECONSTRUCTIVE ALE PIRAMIDEI NAZALE

Rinoplastiile reparatoare și reconstructive au ca scop repararea parțială sau reconstrucția totală a piramidei nazale afectată mai puțin ori mai mult de procese inflamatorii cronice, tumorale sau factori traumatici.

După întinderea leziunilor și proporția pe care o au, intervențiile reparatoare și reconstructive se pot clasifica în rinoplastii parțiale și rinoplastii totale.

8.5.1. RINOPLASTIILE PARȚIALE

În cadrul rinoplastiilor parțiale se diferențiază reconstrucția piramidei superioare sau proximale și reconstrucția piramidei inferioare ori distale.

8.5.1.1. RECONSTRUCȚIA PIRAMIDEI NAZALE SUPERIOARE

Intervențiile reconstructive ale părții superioare a piramidei nazale sînt indicate în diferite aspecte destructive ale piramidei la acest nivel. Astfel ne putem afla în fața unui caz în care — în urma unui traumatism, ce a acționat în direcție anteroposterioară asupra piramidei nazale — s-a produs înfundarea scheletului osteocartilaginos, realizînd nasul în șa fără a interesa tegumentele.

O altă situație pe care o putem întîlni este aceea cînd în urma unui traumatism recent, ce acționează în direcție anteroposterioară asupra piramidei nazale, se produce o leziune a tegumentelor — cu sau fără lipsă de substanță cutanată — cu înfundarea în diferite grade a scheletului osteocartilaginos.

Este posibil ca medicul operator să fie solicitat de un bolnav care a suferit cu ani în urmă un traumatism exercitat asupra piramidei nazale în direcție anteroposterioară, ce a produs o leziune cutanată. După vindecarea leziunii a rămas o cicatrice inextensibilă și aderentă la scheletul osteocartilaginos înfundat, sub formă de nas în șa, nepermițînd introducerea unei autografe osoase sau cartilaginoase.

Un aspect frecvent întîlnit este acela cînd în urma unui traumatism puternic ce a acționat asupra piramidei nazale în direcție anteroposterioară, s-a produs o înfundare mare a scheletului osteocartilaginos, cu leziuni apreciabile ale tegumentelor. Acestea, prin cicatri-

Scanned with OKEN Scanner

zare retracticlă, au dus la ridicarea exagerată a vîrfului nasului, astfel încît narinele se deschid mai mult sau mai puțin anterior.

8.5.1.1.1. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa fără lezarea tegumentelor

În aceste forme intervenția este cea descrisă la capitolul Chirurgia corectoare a nasului în șa.

Timpul I: se confecționează din acrilic — cu ajutorul unui tehnician dentar —, după măsurători și mulaje cu ceară stomatologică, o piesă care să fie în măsură să umple șaua prezentată de nasul înfundat. Piesei i se vor da mai multe găuri pe suprafețele sale, ce vor permite țesutului conjunctiv din jur, atunci cînd va fi implantat, să pătrundă în ele și să-i dea astfel mai multă stabilitate. După aceea este bine sterilizată înainte de a o introduce în locul indicat.

Dacă medicul operator s-a decis ca înfundarea nasului să fie completată cu cartilaj costal, atunci recurge la homografa cartilaginoasă. În acest fel bolnavul este scutit de o intervenție în plus. În cazul că nu se dispune de homografă conservată, trebuie să se recurgă la autografa de cartilaj costal, care este recoltată în aceeași ședință, ca prim timp al intervenției reparatoare. Autografa poate fi și osoasă, recoltată de la nivelul tibiei sau al osului iliac.

Timpul II: se introduce piesa de acrilic, homografa sau autografa cartilaginoasă ori osoasă. Cartilajul sau osul, după recoltare, sînt modelate pe masa de instrumente pînă capătă forma și dimensiunile indicate în cazul respectiv, pentru a completa deficitul scheletal al piramidei. Și în cazul autografelor osoase, dar mai ales în al celor cartilaginoase este bine să se dea o serie de găuri pe suprafețele autografelor, pentru a se fixa mai bine pe patul grefei.

Sumar intervenția constă în următorii timpi :

Incizia: endovestibulară intercartilaginoasă. Se recomandă să fie făcută bilateral, pentru ca să permită o bună decolare a tegumentelor, creînd posibilitatea ca autografa să fie așezată pe linia mediană.

Decolarea: cu un decolator sau o răzușă mai îngustă. Noi preferăm bisturiul cu lama lungă și îngustă, care realizează o decolare rapidă, mai puțin sîngerîndă și nu traumatizează prea mult periostul. Bisturiul se ține cu mîna dreaptă, sub control transtegumentar al indicelui și policelui mîinii stîngi.

Crearea unui fund de sac într-o zonă mai declivă: cu decolatorul de sept bont, îndreptat în jos — spre lobulul nasului —, este creat un fund de sac, care să fie situat tot pe linia mediană, situîndu-se la un nivel inferior față de inciziile intercartilaginoase. În felul acesta autografa este fixată mai bine, nepermițîndu-i să se elimine

Scanned with OKEN Scanner

printr-una din cele două incizii efectuate, cînd este fixată cu atela metalică.

Introducerea autografei : autografa se introduce prin incizia intercartilaginoasă din partea dreaptă, prinzînd-o transtegumentar cu policele și indexul mîinii stîngi. Cu o pensă anatomică, folosind cale de acces incizia intercartilaginoasă din partea stîngă, grefa este așezată pe linia mediană și apoi angajată cu extremitatea distală în fundul de sac creat, la un nivel mai decliv decît cele două incizii intercartilaginoase. Se controlează după acum dacă autografa este situată exact pe linia mediană.

Suturile : cele două incizii intercartilaginoase efectuate în vestibulele nazale sînt suturate prin puncte izolate, cît mai dese.

Aplicarea atelei metalice : se așază o compresă dublă, cu puțină vată la mijloc, peste care se aplică un căluș metalic cu marginile acoperite de leucoplast, pentru a nu leza tegumentele nasului. Călușul este fixat cu benzi de leucoplast, așa cum s-a arătat la capitolul Rinoplastia reducătoare. La fixarea călușului cu benzi de leucoplast medicul operator trebuie să aibă grijă ca autografa să nu se deplaseze de pe linia mediană.

8.5.1.1.2. Intervenția chirurgicală în caz de traumatism recent cu lezarea tegumentelor și fractură cu înfundare a oaselor piramidei nazale

În aceste cazuri intervenția comportă doi timpi operatori. Primul constă în sutura tegumentelor, dacă este posibil, sau executarea unei autoplastii prin alunecare simplă, în cazul pierderilor de substanță cutanată. În această din urmă situație se va face o curățire migăloasă a plăgii, cu excizii parcimonioase numai a tegumentelor devitalizate și care nu mai pot fi folosite, căutînd să încadrăm lipsa de substanță într-o figură geometrică simplă (triunghi, dreptunghi sau cerc), ce vor fi ulterior — prin incizii liberatoare, decolare și alunecare — reparate după metoda franceză, cu tegumente din vecinătate.

Al doilea timp operator constă din redresarea piramidei osoase înfundate, dacă au trecut mai puțin de șase sau șapte zile de la accident.

Timpul I : s-a menționat că în primul timp se refac tegumentele lezate prin traumatism. Această refacere se execută cu multă finețe, avînd grijă permanent ca la toaleta plăgii să nu excizăm țesuturi ce se pot reface și care pot fi foarte utile în procesul de restaurare tegumentară. În funcție de întinderea lipsei de substanță tegumentară, de poziția și forma acesteia se pot folosi ca metode de refacere a tegumentelor lezate autoplastia de vecinătate, autoplastia de la distanță pediculată sau prin grefe libere.

Scanned with OKEN Scanner

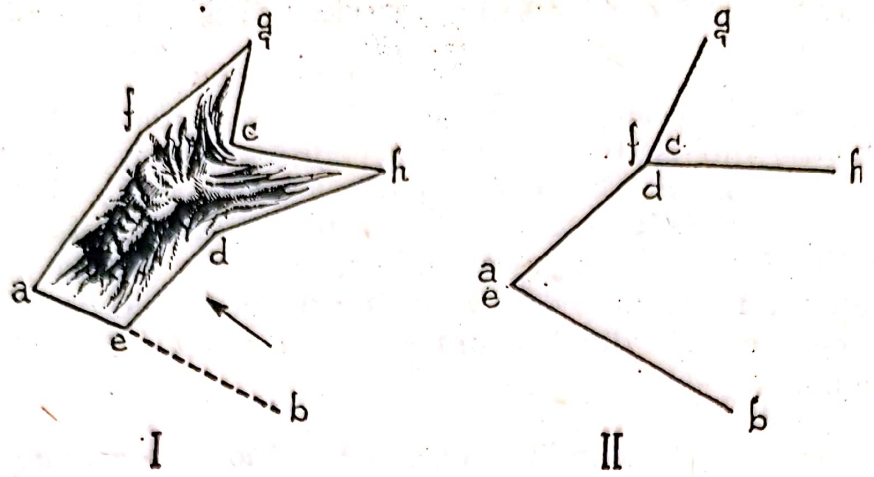


Fig. 166. Înscrierea cicatricei în forme geometrice multiple: I. a—g—h—d—e și confecționarea unui lambou auxiliar h—d—e—b, realizat prin prelungirea inciziei a—e pînă în b pentru mobilizarea lamboului; II. Liniile de sutură (după Popian)

Dacă traumatismul este recent, iar pierderea de substanță tegumentară este mai mare și pentru refacerea tegumentelor trebuie să se recurgă la metoda indiană, a lambourilor tubulate sau a grefelor libere, atunci este de preferat ca în primul timp operator să fie redresat scheletul osos și apoi, în al doilea timp, refăcute tegumentele, ce necesită o perioadă mai îndelungată pentru reconstrucție, timp în care fractura s-ar consolida vicios.

Timpul al II-lea: după ce tegumentele lezate au fost restaurate se trece la redresarea piramidei osoase fracturate și înfundate. Aceasta se execută — așa cum s-a arătat la rinoplastia reductoare — cu o pensă Kilian cu valvele lungi.

Contenția: peste plaga suturată se aplică un strat de comprese, cu vată între ele, nu prea bogat, peste care se pune atela metalică sterilizată. Aceasta asigură contenția externă. Contenția internă este obținută prin introducerea de meși îmbibate în oleu eucaliptolat sau gomenolat 1% supraetajate. Tamponamentul endonazal se păstrează aproximativ cinci zile. În toată perioada se administrează antibiotice.

8.5.1.1.3. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa cu o cicatrice tegumentară inextensibilă care nu permite introducerea autografei cartilaginoase sau osoase

Intervenția reparatoare comportă doi timpi operatori.

Timpul I: se face excizia cicatricei retractile și inextensibile a tegumentelor, cruțînd cît mai mult posibil tegumentele sănătoase și căutînd să încadrăm cicatricea într-o figură geometrică simplă sau în forme geometrice multiple. După aceea plaga se acoperă — prin pro-

Scanned with OKEN Scanner

cedeee autoplastice — într-o formă care să permită — într-o intervenție ulterioară — introducerea autografei osoase sau cartilaginoase în vederea corectării depresiunii scheletale.

Timpul al II-lea: constă în introducerea unei grefe osoase ori cartilaginoase, după tehnica expusă în capitolul Chirurgia corectoare a nasului în șa.

8.5.1.1.4. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa cu o cicatrice tegumentară retractilă care ridică mult lobulul, cu deschiderea narinelor mai mult sau mai puțin anterior

În aceste cazuri deformația piramidei nazale este compusă din două elemente: înfundarea rădăcinii nasului și ridicarea exagerată a vîrfului nasului, făcînd ca orificiile narinare să se deschidă mai mult ori mai puțin anterior. Pentru a obține un rezultat bun trebuie corectate ambele elemente care compun deformațiunea nazală.

Timpul I: se execută o incizie transversală deasupra lobulului, care să intereseze toate planurile, permițînd astfel coborîrea vîrfului nasului. În vederea completării lipsei de substanță, creată în toate planurile prin incizia transversală și coborîrea vîrfului nasului, se recoltează din vecinătate un lambou tegumentar, care — răsfrînt — reface planul profund, avînd suprafața sîngerîndă deasupra. Este apoi prelevat un lambou pediculat din regiunea frontală, după metoda indiană, ce se rotește și se aplică cu suprafața sîngerîndă pe cea a primului lambou, pe care-l dublează. În felul acesta se acoperă lipsa de substanță a tuturor planurilor, rezultată din incizia transversală și transfixiantă a planurilor situate deasupra lobulului.

Timpul al II-lea: după o perioadă de timp se execută timpul doi al intervenției, ce constă în introducerea unei autografe de os sau cartilaj, care să refacă dorsul nasului (așa cum s-a arătat la chirurgia corectoare a nasului în șa).

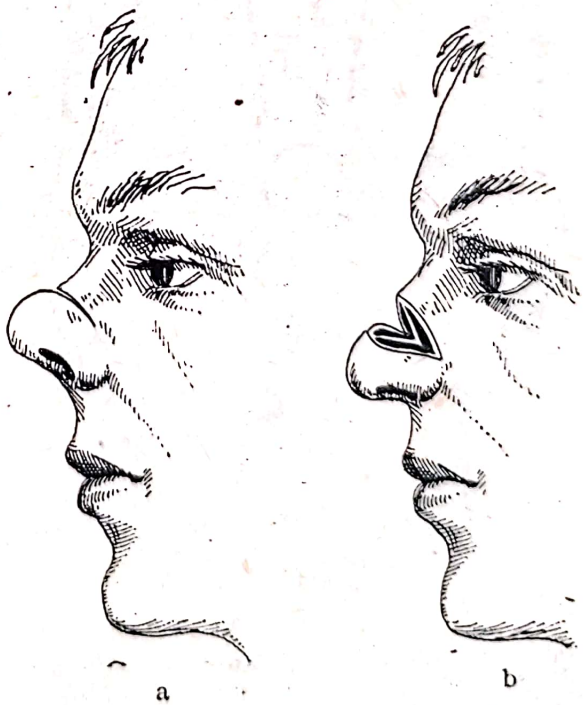


Fig. 167. Incizia transfixiantă a lui Pervitschky (după Sercer).

8.5.1.1.5. Tehnica recomandată de Nélaton și Ombrédanne

Pentru corectarea unui nas care prezintă aceleași defecte cu

ale unuia cu cicatrice retractilă, ce ridică mult vîrful nasului, făcînd ca orificiile narinare să se deschidă mai mult ori mai puțin anterior, Nélaton și Ombrédanne au imaginat o tehnică adoptînd unii timpi operatori din procedeul lui Néumann, folosit în destrucțiile subtotale, precum și recoltarea lamboului frontal de către Dieffenbach.

Intervenția preliminară: recoltarea cartilajului costal corespunzător coastei a opta se face după tehnica descrisă la capitolul despre grefe. Cartilajul este modelat pe masa de instrumente. El trebuie să aibă o lungime de patru centimetri și jumătate; rareori, cînd nasul este mai mare, se poate confecționa o grefă cartilaginoasă de cinci centimetri.

După modelarea cartilajului se face o butonieră imediat sub marginea zonei acoperită cu păr a pielii capului, strict pe linia mediană. Autografa cartilaginoasă va fi situată pe linia mediană și strict verticală. Peste șase săptămîni se poate efectua intervenția reconstructivă propriu-zisă.

Intervenția reconstructivă: se calculează la început cu cît este nevoie să se coboare vîrful nasului. În general, doi centimetri este suficient. Este apoi desenată linia care unește extremitățile interne ale celor două sprîncene. Deasupra și la mijlocul acestei linii se înseamnă punctul ce marchează lungimea cu care dorim să coborîm vîrful nasului.

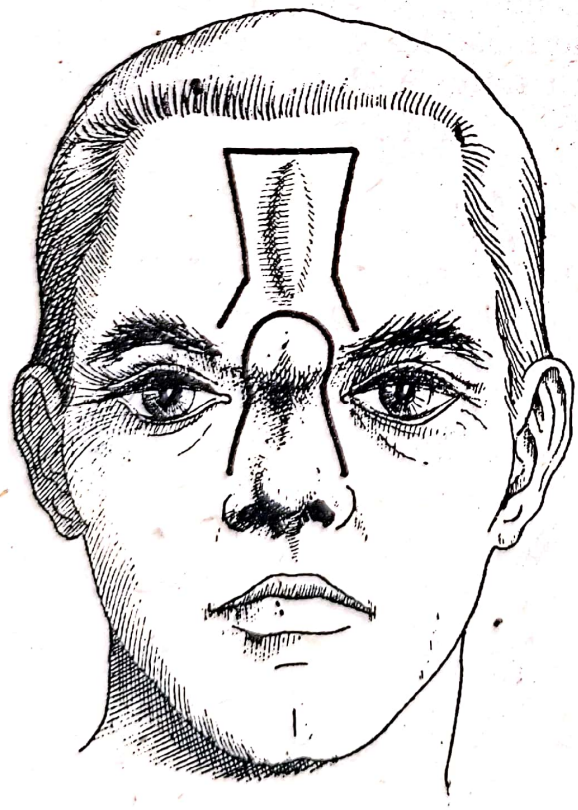


Fig. 168. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Nélaton și Ombrédanne). Conturul lambourilor. Autografa cartilaginoasă insinuată sub lamboul frontal

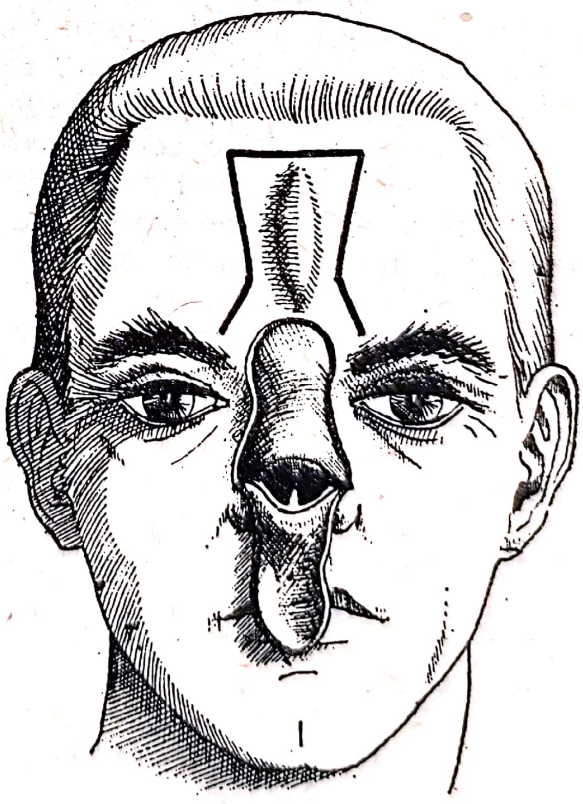


Fig. 169. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Nélaton și Ombrédanne). Răsturnarea lamboului nazal de înveliș și coborîrea vîrfului nasului

Scanned with OKEN Scanner

Confecționarea lamboului tegumentar nazal: se confecționează un lambou din tegumentele nasului, care în partea superioară va avea forma de *U* răsturnat. Vîrful lamboului trebuie să treacă prin punctul marcat deasupra liniei intersprîncenoase, la doi centimetri de ea. Lățimea lui va fi atît cît permite regiunea intersprîncenoasă. Cele două incizii laterale, care continuă în jos cele două brațe ale inciziei în *U* răsturnat, se vor situa la baza versanților piramidei nazale și se vor întinde pînă la inserția aripilor nasului. Se disecă lamboul croit prin inciziile arătate începînd de sus în jos și neinteresînd decît pielea. Disecția lamboului în jos se va întinde pînă la un centimetru și jumătate de vîrful nasului.

Secțiunea transversală transfixiantă a tuturor planurilor nasului: cu un bisturiu bine ascuțit este executată o secțiune transversală, transfixiantă, prin toate planurile piramidei nazale, inclusiv septul, la un centimetru sau un centimetru și jumătate de vîrful nasului. Această secțiune provoacă coborîrea vîrfului nasului, permițînd vîrfului lamboului în U răsturnat să ajungă prin coborîre la nivelul liniei intersprîncenoase.

Confecționarea lamboului frontal: este conturat — prin incizii în regiunea mediană a frunții — un lambou de aspect trapezoidal, care să circumscrie cartilajul insinuat. Latura superioară a lamboului se

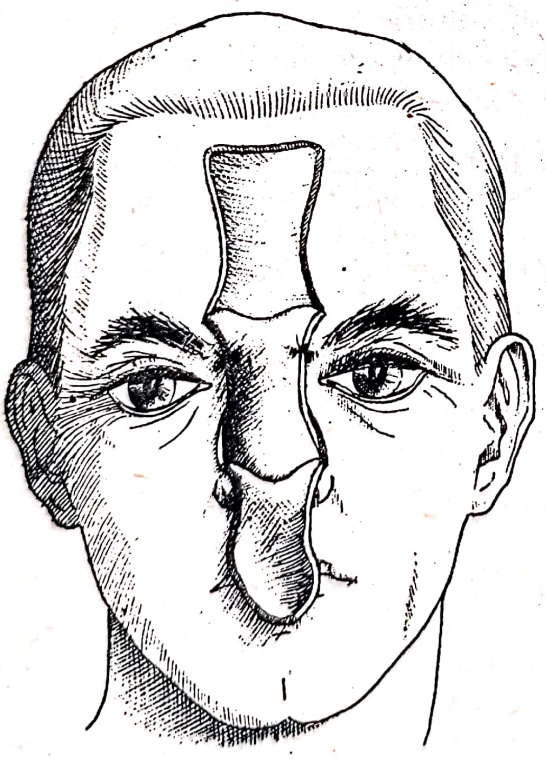


Fig. 170. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Nélaton și Ombrédanne). Decolarea, rabatarea și fixarea lamboului frontal — dublură

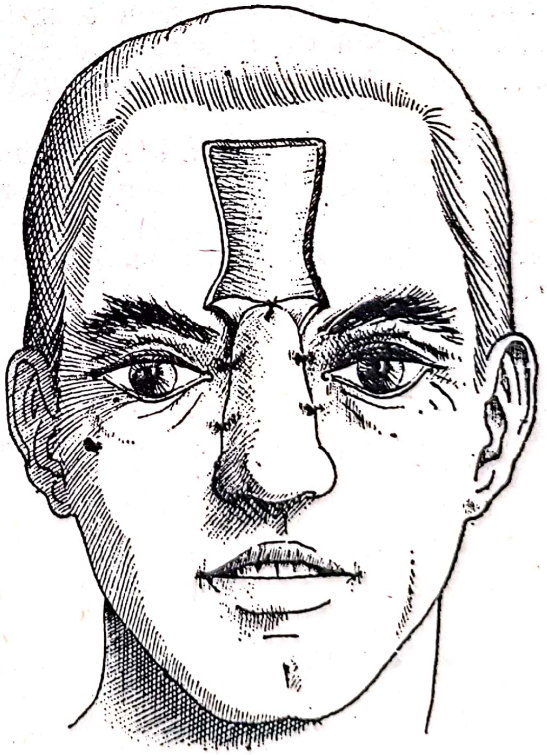


Fig. 171. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Nélaton și Ombrédanne). Lamboul nazal se aplică peste lamboul frontal pe care îl acoperă și este fixat prin cîteva puncte izolate de sutură

Scanned with OKEN Scanner

va situa imediat sub marginea anterioară a părții acoperite cu păr a pielii capului, iar pe extreme lamboul trebuie să depășească — de o parte și de alta — zona de inserție a cartilajului. Cele două laturi ale lamboului sînt oblice de sus în jos și din afară înăuntru, pînă aproape de extremitatea inferioară a cartilajului, cînd își schimbă direcția, devenind oblice, dar de sus în jos și dinăuntru în afară, pînă aproape de marginea superioară a sprîncenelor. Această parte inferioară a lamboului frontal, mai lărgită la bază, constituie pedicului. Între extremitățile inferioare ale lamboului frontal și laturile lamboului în *U* răsturnat trebuie să fie o distanță de cel puțin un centimetru.

Decolarea lamboului frontal și rabaterea lui pe piramida nazală: se decolează lamboul frontal armat cu cartilajul inserat anterior și apoi se rabate în jos, astfel încît suprafața acoperită cu epiderm să se situeze profund, iar cea sîngerîndă, în afară, spre exterior. O parte din suprafața lamboului acoperită cu epiderma va veni în contact cu suprafața sîngerîndă rezultată după decolarea lamboului nazal, iar cealaltă va acoperi breșa deschisă în fosele nazale, prin secțiunea transversală, care — secționînd toate planurile — permite vîrfului nasului să coboare.

Acoperirea lamboului frontal cu cel nazal: peste lamboul frontal-dublură fixat pe piramida nazală se așază lamboul nazal ce fusese răsturnat în jos, pentru a permite fixarea lamboului frontal în profunzime. Lamboul nazal care este acum la suprafață, acoperind lamboul frontal, este fixat cu puncte izolate de sutură. Marginea lui superioară în formă de *U* răsturnat va ajunge puțin sub linia intersprîncenoasă, din cauza coborîrii vîrfului nasului.

Secționarea pedicului lamboului frontal: după aproximativ două săptămîni pedicului lamboului frontal este secționat. Se va diseca apoi pe o porțiune limitată partea superioară a lamboului în U răsturnat, pentru a putea subția partea superioară a lamboului frontal, permițînd astfel părții superioare a lamboului nazal să întîlnească în pantă lină nivelul tegumentelor frontale.

Aplicarea de grefe Thiersch în zonele neepidermizate: în cazul că zona intersprîncenoasă au mai rămas mici zone neepidermizate acestea se acoperă cu grefe Thiersch.

8.5.1.2. RECONSTRUCȚIA PIRAMIDEI INFERIOARE

8.5.1.2.1. **Rinoplastiile parțiale ale zonei orificiale**

În regiunea orificiilor narinare se pot întîlni plăgi recente, care interesează toate planurile, fără pierdere de substanță, sau plăgi ale conturului narinar ori ale subcloazonului, cu pierdere de substanță.

Plăgile recente care interesează toate planurile conturului narinar, fără pierdere de substanță, vor fi bine curățate. Îndepărtarea te-

Scanned with OKEN Scanner

suturilor sfacelate — cînd este nevoie — se va face cu mare parcimoniozitate. În general însă acest act chirurgical se evită, deoarece poate duce la stenozări narinare, cu asimetrie narinară și tulburări funcționale.

Suturarea este efectuată în trei planuri și — dacă este posibil — nu la același nivel, ci decalată, pentru a preveni apariția unor cicatrice vizibile. Suturile vor fi făcute prin puncte separate ; trebuie avută mare grijă la aplicarea punctului de sutură la nivelul rebordului narinar. Cînd este obligat să facă excizii foarte mici, medicul operator poate să profite și să realizeze un decalaj al planurilor, care prin sutură să ducă la cicatrice estetice (Ginestet).

Introducerea de meși în vestibulul nazal este obligatorie, pentru a asigura menținerea vestibulelor și orificiilor narinare în dimensiunile lor normale. În cazul existenței unei pierderi de substanță, fie ea chiar numai de cîțiva milimetri, este bine să nu executăm o sutură prin apropiere, deoarece obținem o narină stenozată, ce este asimetrică față de cea din partea sănătoasă și care creează un aspect inestetic și tulburări funcționale.

În cazul plăgilor cu pierdere de substanță al conturului narinar sau al subcloazonului rezolvarea cea mai bună este completarea pierderii de substanță prin autografe compuse. Autografa indicată în astfel de situații este recoltată de la nivelul pavilionului auricular. Dimensiunile ei vor fi în funcție de pierderea de substanță care trebuie completată. Această autografă compusă va interesa tegumentele, cartilajul, marginea liberă a pavilionului auricular și tegumentele posterioare. Nivelul de recoltare depinde de dimensiunile și forma pierderii de substanță ce trebuie completată. Autografa este bine să nu depășească în lățime 1,5 cm, iar în înălțime, 1 cm.

Autografa va fi recoltată prin incizii ferme cu instrumente fine și bisturie care să taie bine, fără să traumatizeze țesuturile. Bisturiele

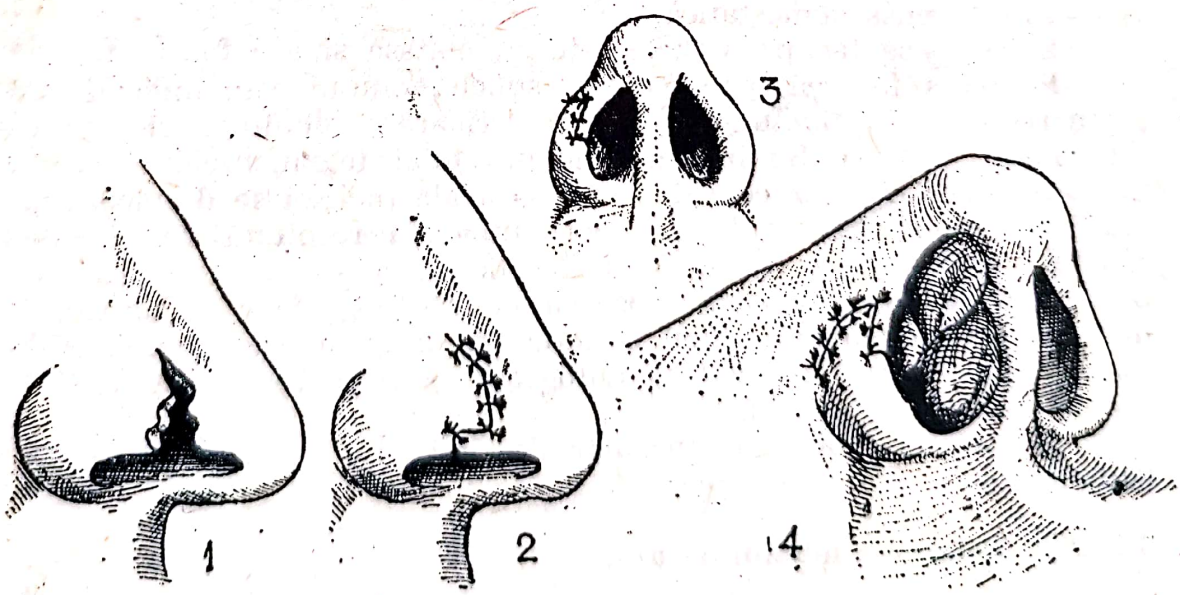


Fig. 172. Rinoplastia parțială în plăgile recente fără pierdere de substanță din regiunea orificială (după Ginestet)

Scanned with OKEN Scanner

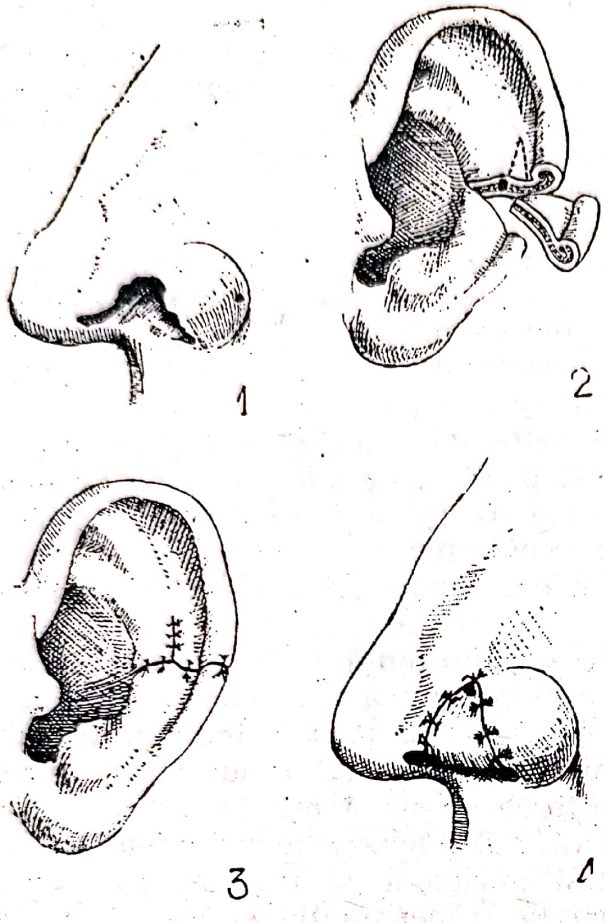


Fig. 173. Rinoplastia parțială în plăgile conturului narinar cu pierdere de substanță (după Ginestet)

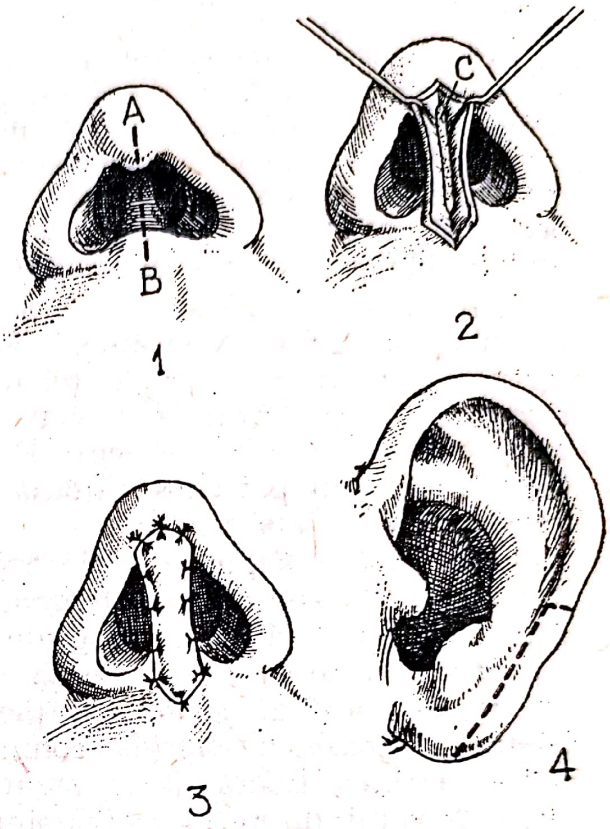


Fig. 174. Refacerea tegumentelor subloazonului (după Ginestet)

și pensele oftalmologice sînt cele mai indicate. De asemenea, în loc de bisturiu se poate folosi un fragment triunghiular de lamă de bărbierit prins într-o pensă hemostatică.

Suturile se fac pe ambele fețe cu mătase și ace foarte fine.

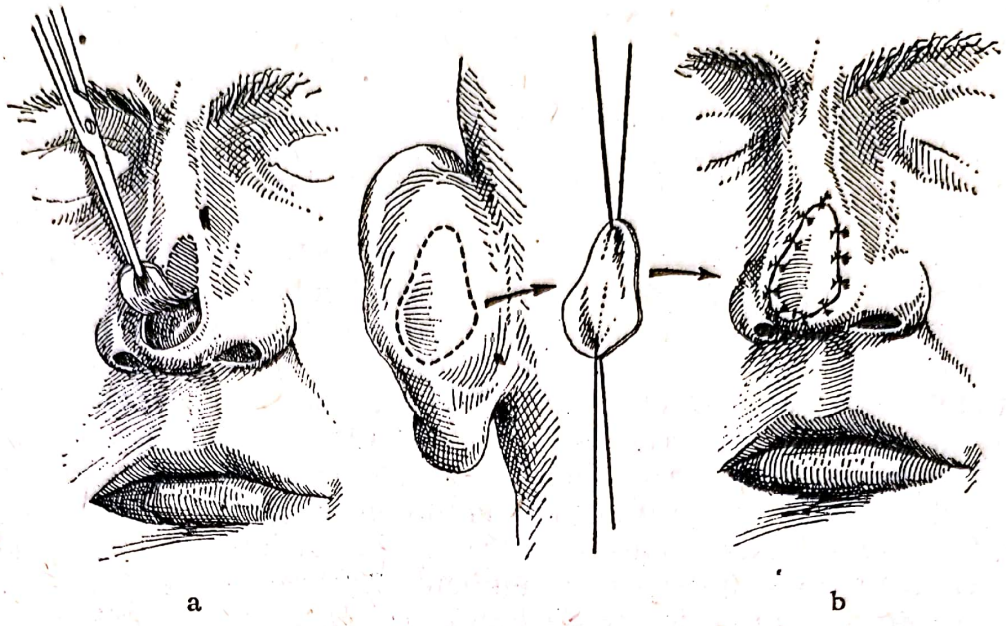
Pentru refacerea tegumentelor subcloazonului este indicată autografa recoltată la nivelul marginii posterioare a lobului auricular, care nu conține cartilaj. Se incizează longitudinal tegumentele cicatriceale ale subcloazonului, iar cele două margini ale inciziei se decolează și se răsfrîng lateral. Este aplicată apoi autografa recoltată de la nivelul lobulului auricular pe regiunea subcloazonului și se suturează cu puncte de sutură izolate. Adesea se observă la aceste grefe o cianozare, care nu se soldează obligatoriu cu o nereușită în prinderea grefei. Adesea avem surpriza să constatăm că autografa își recapătă culoarea și vitalitatea normală (Ginestet).

La nivelul lobulului auricular de unde s-a recoltat autografa se suturează prin simplă apropiere.

8.5.1.2.2. **Refacerea lobulului nazal**

Din cele mai vechi timpuri refacerea lobulului nazal a preocupat un mare număr de chirurgi care au căutat procedee chirurgi-

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 175. Refacerea tegumentelor lobulului nazal cu autogrefă de piele liberă recoltată de la nivelul feții posterioare a pavilionului auricular (după Berendes)

cale din cele mai variate, în speranța că vor găsi metoda ideală pentru repararea unei mutilări ce izolează pe infirm de restul societății, creîndu-i și mari dificultăți în cîștigarea existenței, în cadrul unui colectiv de muncă.

Nélaton și Ombrédanne au stabilit o clasificare prin sistematizarea procedeelor folosite pentru refacerea lobulului nazal distrus din cauze diferite. Clasificarea lui Nélaton și Ombrédanne menționează metodele utilizate în decursul timpului. Nu vom intra în detaliu și nici nu vom expune unele dintre aceste multiple și variate procedee, care azi nu se mai practică, fie datorită faptului că se înlocuiește o infirmitate prin crearea unor cicatrice dizgrațioase, ce nu sînt aproape cu nimic mai estetice decît mutilarea care s-a dorit corectată, fie că sînt prea laborioase și cu rezultate nesatisfăcătoare.

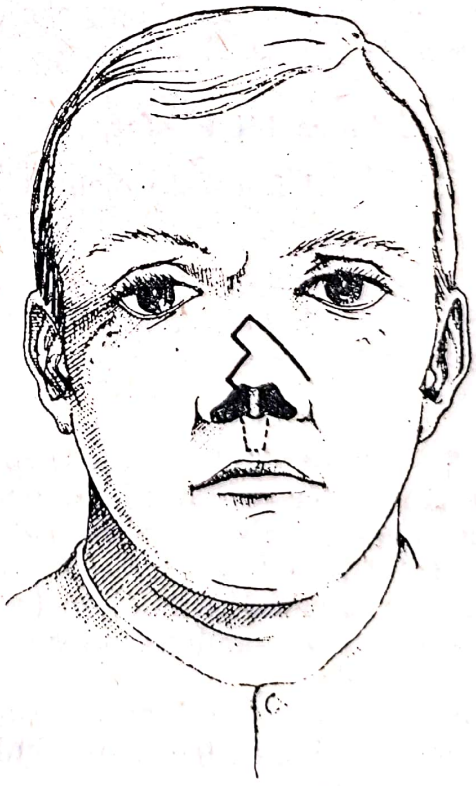


Fig. 176. Tehnica Ohm-Langenbeck-Bayer (după Szymanowski)

În cazul unor lipsuri de substanță tegumentară la nivelul lobulului nazal se folosesc cu succes grefele libere de piele pe care Dufourmentel, Aubry și alții le recomandă

Scanned with OKEN Scanner

să fie recoltate din lobulul auricular sau de la nivelul feței posterioare a pavilionului (Firică).

Intervențiile descrise de Szymanowski, care utilizează metoda franceză prin prelevarea de lambouri de la nivelul obrajilor sau al buzei superioare, nu au dat satisfacție, fiind laborioase și antrenînd cicatrice pe față ce nu compensează refacerea — insuficient de reușită — a unui lobul.

Ohm, Langenbeck și Bayer, folosind metoda franceză, recomandă refacerea lobulului nazal prin utilizarea unui lambou confecționat transversal din tegumentele care acoperă dorsul nasului, și a obrazului de aceeași parte. La nivelul marginii inferioare a lamboului autorii creează o prelungire a acestuia, în formă de langhetă. Prelungirea suturată la marginea inferioară a ceea ce a rămas din cloazon are scopul să formeze noua columelă. Prin alunecarea și rotirea în jos, pedicului va alcătui aripa stîngă a nasului. Extremitatea dreaptă a lamboului se fixează la aripa dreaptă a nasului, care ar fi anterior avivată. Langheta de la nivelul marginii inferioare a lamboului, întrucît de cele mai multe ori este subțire și nu suficient de lungă pentru a forma noul subcloazon, se dublează cu un lambou prelevat de la nivelul mijlocului buzei superioare, care se avizează pe suprafața sa epidermică și — prin ridicare — se așază și se fixează cu cîteva puncte de sutură la marginea avivată a septului cartilaginos. Peste lamboul recoltat de la nivelul buzei superioare și fixat la marginea inferioară a septului se aplică langheta lamboului prelevat de la nivelul tegumentelor dorsului nasului și se suturează.

Pierderea de substanță de la nivelul dorsului nasului prin decolarea tegumentelor se îngustează, iar ceea ce rămîne neacoperit se reface printr-o grefă Thiersch.

• **Tehnica lui Küster**

Procedeul folosește metoda italiană pentru refacerea lobulului nazal și constă din șapte timpi operatori :

Trasarea lamboului : lamboul se recoltează de la nivelul brațului și se detașează în așa fel, încît să creeze un fel de punte, sub care se introduc comprese sterile, pentru a-l izola de locul de unde a fost prelevat.

Secționarea extremității superioare a lamboului : după aproximativ o săptămînă extremitatea superioară a lamboului este secționată și se suturează la nivelul cicatricei lobulului nazal, în prealabil avivată.

Brațul este fixat într-o poziție cît mai comodă pentru bolnav, dar care să nu permită întinderea lamboului. Fixarea se face în mod diferit, prin aparate anume construite, ce sînt destul de greoaie.

Secționarea jumătății pedicului brahial : după încă o săptămînă se secționează jumătate din pedicului brahial.

Secționarea totală a pedicului brahial : peste trei sau patru zile este secționat complet pedicului brahial.

Scanned with OKEN Scanner

Executarea a două incizii sagitale la extremitatea lamboului detașat: după aproximativ două săptămîni se execută două incizii sagitale, la extremitatea lamboului, care să confecționeze trei benzi. Cea din mijloc este mai îngustă, iar cele laterale, mai late. Benzile laterale se suturează imediat la cele două aripi ale nasului, în prealabil cicatricele respective fiind avivate.

Formarea subcloazonului: lamboul median este suturat la ce a rămas din vechiul sept, după ce în prealabil a fost avivată cicatricea. Se formează astfel noul subcloazon.

Excizarea părților exuberante ale lambourilor laterale: la aproximativ o săptămînă de la formarea noului subcloazon se excizează surplusul din lambourile laterale, păstrînd numai cît este necesar pentru a dubla narinele.

- **Tehnica lui Berger**

Berger creează lambouri minime recoltate din țesutul cicatriceal care delimitează pierderea de substanță și le răsfrînge cu epiderma înăuntru. Pe această dublură, mai mult sau mai puțin completă, aplică un lambou recoltat după metoda italiană, refăcînd în condiții bune lobulul nazal distrus.

- **Tehnica lui Nélaton**

Nélaton recomandă două procedee chirurgicale, în raport cu aspectul și întinderea pierderii de substanță. Primul se adresează cazurilor în care narinele sînt distruse în partea lor anterioară. Se folosește un lambou prelevat de la nivelul brațului sau al antebrațului, după metoda italiană, care este în măsură să refacă extremitatea distală distrusă a nasului, conservînd o permeabilitate suficientă a narinelor. Al doilea procedeu este indicat în cazurile în care narinele sînt distruse complet ori în mare parte și unde intervenția chirurgicală după metoda italiană nu asigură o formă a narinelor, care să fie suficient de permeabile. Atunci Nélaton indică adăugarea la lamboul recoltat prin metoda italiană două lambouri prelevate din regiunea nazogeniană, care — prin răsturnare și fixarea extremității lor distale lipite și suturate pe linia mediană — realizează două orificii narinare suficient de permeabile și un subcloazon corespunzător. Orificiile și subcloazonul sînt acoperite apoi cu lamboul italian.

Primul procedeu chirurgical descris de Nélaton.

Indicații: nu se folosește decît în cazurile în care narinele sînt parțial distruse în partea lor anterioară.

Confecționarea unui lambou de la nivelul brațului sau antebrațului: după metoda italiană, de dimensiuni bine calculate, care să depășească cu o pătrime suprafața ce trebuie completată. În ceea ce privește lungimea, lamboul trebuie să fie suficient de lung ca să permită

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 177. Procedeul Nélaton (după Nélaton și Ombrédanne). Fixarea lamboului recoltat după metoda italiană la lipsa de substanță a lobulului nazal

formarea subcloazonului și să nu exercite o tracțiune asupra marginilor de sutură. Lamboul se disecă după braț sau antebraț și astfel pregătit este învelit cu comprese sterile, îmbibate cu ser fiziologic călduț, așteptînd să fie suturat la nas.

Avivarea conturului pierderii de substanță nazală : se face în condiții bune avivarea întregului contur al pierderii de substanță. Dacă jumătatea posterioară a narinelor restante este ridicată prin procesul cicatriceal, atunci — de fiecare parte — aceste resturi narinare trebuie liberate printr-o incizie care să pătrundă în fosele nazale, la nivelul șanțului ce limitează marginea superioară a aripii nasului.

Coborîrea aripilor nasului degajate prin incizia liberatoare : prin incizia penetrantă în fosele nazale, la nivelul marginii superioare a aripii nasului, se creează posibilitatea coborîrii părții posterioare a narinelor restante, incizia transformîndu-se într-o despicătură, cu deschiderea în sus.

Acoperirea despicării create cu lamboul recoltat de la nivelul brațului sau antebrațului : despicătura creată prin coborîrea părților posterioare narinare restante, după incizia liberatoare, va fi umplută cu unghiurile laterale ce limitează marginea liberă a lamboului prelevat de la nivelul brațului sau antebrațului. Vîrfurile unghiurilor laterale ale lamboului vor fi suturate cu minuțiozitate la nivelul unghiurilor laterale profunde ale despicăturii. De asemenea, suturarea marginilor lamboului cu tegumentele nasului se va face după o perfectă afrontare, pentru a se evita formarea unei depresiuni sub formă de șanț la acest nivel, ce atrage un aspect inestetic după vindecare.

Pansamentul : obișnuit, perfect steril, care să asigure o bună cicatrizare.

Aplicarea aparatului de contenție : aparatul de contenție aplicat va fi confecționat după posibilități. Esențial este ca bolnavul să-l poată suporta timp de două săptămîni, iar lamboul să nu fie supus unei tracțiuni care să compromită prinderea sa.

Secționarea pedicului : după aproximativ două săptămîni pediculul este secționat.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 178. Procedeul Nélaton 2 (după Nélaton și Ombrédanne). Linia punctată reprezintă forma ulterioară care se va da lamboului

Fig. 179. Procedeul Nélaton 2 (după Nélaton și Ombrédanne). Fixarea lamboului la rudimentul cicatriceal nazal avivat

Modelarea subcloazonului și fixarea sa la baza buzei superioare: se poate face imediat ce pediculul a fost secționat sau mai tîrziu, în funcție de vitalitatea lamboului. După ce s-a creat langheta care va forma subcloazonul, suficient de lungă pentru ca prin sutură să nu fie pusă în tensiune, se execută suturarea extremității acesteia la baza buzei superioare, strict pe linia mediană.

Pansamentul: confecționat din comprese puține, fixate cu benzi de leucoplast.

Al doilea procedeu chirurgical descris de Nélaton. Indicații: în cazurile cînd narinele sînt complet distruse sau prezente sub forma unui rudiment, folosindu-se de un lambou recoltat, de preferat pe fața anterioară a brațului, care este dublat de două lambouri prelevate din regiunea nazogenianã sau prin plicatura unui lambou recoltat de la nivelul antebrațului.

Refacerea lobulului, narinelor și subcloazonului: se confecționează un lambou după metoda italiană, prelevat de la nivelul brațului, care va avea baza pronunțat concavă, pentru a permite — atunci cînd se suturează la cicatricea nazală avivată — să formeze o ușoară proemi-

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 180. Procedeul Nélaton 2 (după Nélaton și Ombrédanne). Trasarea lambourilor nazogeniene pentru dublură. Adaptarea extremității distale a lamboului italian

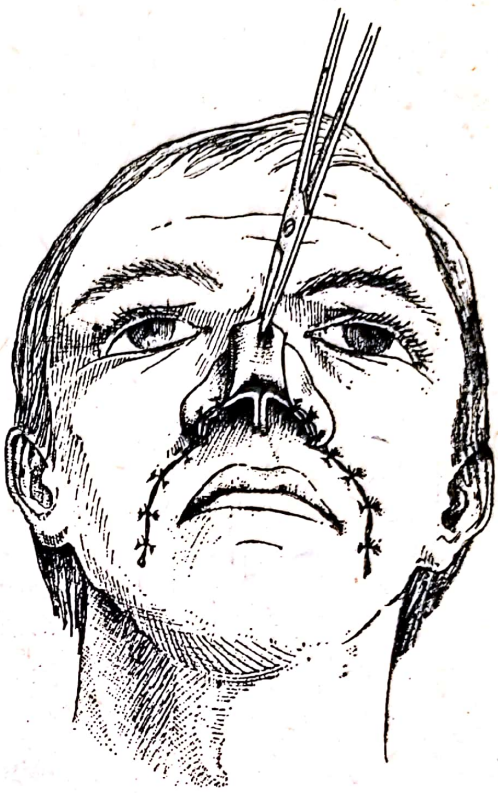


Fig. 181. Procedeul Nélaton 2 (după Nélaton și Ombrédanne). Lambourile nazo-geniene au refăcut cadrul narinar și subcloazonul. Lamboul italian a acoperit cele două lambouri nazogeniene. A rămas numai langheta care va acoperi subcloazonul să fie răsfrîntă în jos și suturată

nență, constituind astfel vîrful nasului. Totodată, concavitatea bazei lamboului, suturată la o avivare dreaptă a rudimentului cicatriceal, va favoriza crearea unei deschideri mai bune a orificiilor narinare.

Dublarea lamboului recoltat după metoda italiană: pentru a se menține orificiile narinare suficient de bine deschise se dublează lamboul brahial, recoltat după metoda italiană, cu două lambouri prelevate din regiunea nazogeniană, ale căror pedicule se situează imediat în afara bonturilor narinare. Aceste lambouri se răstoarnă dinafară înăuntru, fără ca pediculul lor să sufere vreo torsiune. În acest fel suprafața epidermică a lambourilor se va situa profund, formînd peretele intern al vestibulelor nazale, iar fața externă, sîngerîndă, va aluneca pe fața sîngerîndă profundă a lamboului italian. Extremitățile lambourilor nazogeniene create, prin răsturnare, devin mediane, se lipesc unul de altul și se suturează între ele. Suprafețele lor sîngerînde, care vin în contact una cu cealaltă, prin suturare între ele și la mijlocul buzei superioare formează subcloazonul. Pentru ca lambourile-dublură nazogeniene să-și păstreze vitalitatea și să fie în măsură să creeze subcloazonul este nevoie ca pediculul lor să fie suficient de robust. Lățimea lambourilor

Scanned with OKEN Scanner

trebuie să aibă aproximativ un centimetru și jumătate, iar lungimea, suficientă să dubleze lamboul italian, creînd un larg contur narinar și să mai rămînă și în vederea confecționării subcloazonului.

Adaptarea extremității distale a lamboului italian: după ce conturul narinar și subcloazonul au fost refăcute urmează ca extremitatea distală a lamboului italian să fie adaptată la conturul narinar și să se confecționeze pe linia mediană o langhetă care să acopere subcloazonul nou format.

Intervenția lui Nélaton în această variantă are inconvenientul că lasă cicatrice la nivelul de la care s-au recoltat lambourile nazogeniene. În scopul evitării acestor cicatrice Nélaton a recomandat o altă variantă de dublare a lamboului italian, prin însuși acest lambou, ce va fi confecționat de dimensiuni corespunzătoare, încît să poată asigura tegumentele necesare dublării sale în momentul cînd se secționează pedicul. Lungimea lamboului trebuie să fie suficientă dublării întregii suprafețe profunde a aripilor nazale nou create, ajungînd pînă la nivelul mucoasei nazale. În cazul că preferăm să executăm această ultimă variantă este recomandabil ca lambou să fie recoltat de la nivelul antebrațului, ale cărui tegumente — fiind mai sărace în țesut adipos — se pretează mai bine la dublarea necesară reconstituirii narinelor.

- **Tehnica Bayer-Payr**

Confecționarea a două lambouri din regiunea celor două șanțuri nazolabiale: în regiunea nazolabială — de ambele părți, simetric — se

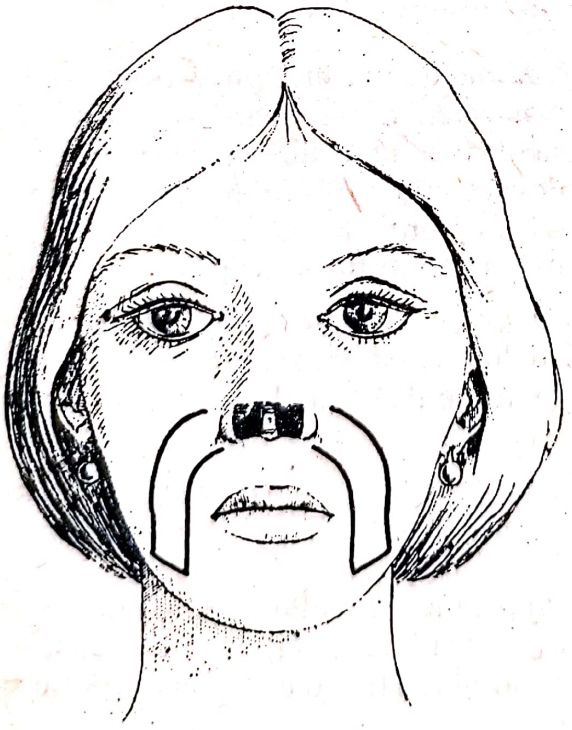


Fig. 182. Tehnica Bayer-Payr (după Nélaton și Ombrédanne). Trasarea lambourilor și avivarea cicatricei lobului, aripilor și subcloazonului

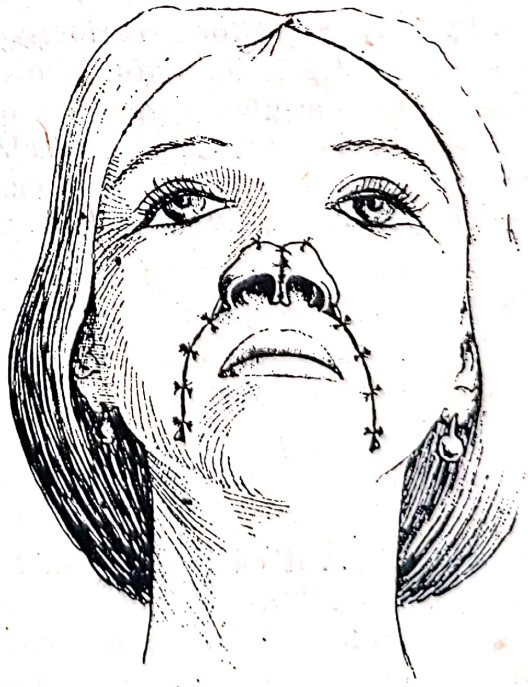


Fig. 183. Tehnica Bayer-Payr (după Nélaton și Ombrédanne). Așezarea lambourilor pentru refacerea lobului, aripilor și subcloazonului

Scanned with OKEN Scanner

confecționează cîte un lambou, care să se întindă pînă la marginea maxilarului inferior, avînd baza la aproximativ un centimetru lateral față de narine. Lățimea celor două lambouri trebuie să fie de aproximativ doi centimetri și jumătate.

Disecția celor două lambouri : cu o forfecuță și pense cu dinți de șoricel, sînt disecate cele două lambouri, începînd cu extremitatea lor distală și mergînd pînă la baza acestora.

Suturarea marginilor plăgilor rezultate după detașarea lambourilor : se decolează tegumentele din jurul marginilor plăgilor rezultate după detașarea celor două lambouri și, prin mobilizarea acestora, se sutureză marginile plăgilor prin puncte izolate, încercînd să realizăm suturi cît mai estetice posibil. La baza lamboului va mai rămîne o mică suprafață de formă triunghiulară, care se cicatrizează prin procesul de burjonare.

Răsturnarea celor două lambouri : lambourile se răstoarnă în sus și spre linia mediană, astfel încît extremitățile lor distale să se lipească pe linia mediană cu suprafețele sîngerînde.

În felul acesta suprafața profundă a lambourilor, acoperită de epiderm, formează conturul vestibulelor nazale, iar suprafața externă este suprafața sîngerîndă.

Refacerea subcloazonului : extremitățile lambourilor — care se lipesc pe linia mediană, pe o întindere de aproximativ trei centimetri — se suturează între ele, apoi se suturează la partea inferioară restantă a septului nazal — în prealabil avivată — și la partea cea mai înaltă a buzei superioare, unde de asemenea s-a avivat în prealabil locul de implantare.

Sutura marginilor superioare ale lambourilor la marginea inferioară avivată a cicatricei lobulului și aripilor nazale : după ce se avivează cu multă finețe marginea inferioară cicatriceală a lobulului și aripilor nasului sînt puse cîteva puncte izolate de sutură, care să mențină marginea superioară a celor două lambouri în contact cu marginea inferioară cicatriceală avivată a zonei distruse a lobulului și aripilor nasului.

Acoperirea suprafeței sîngerînde cu grefe Thiersch : suprafața sîngerîndă ce formează suprafața externă a lobulului și a aripilor nasului, precum și suprafața marginii inferioare a noului subcloazon sînt acoperite cu grefe Thiersch.

Secționarea pediculului celor două lambouri : la aproximativ patru săptămîni de la intervenție se pot secționa pediculii celor două lambouri.

S-a observat că burjonarea feței sîngerînde a celor două lambouri se face atît de bine, urmată de o epidermizare rapidă, încît se poate spune că grefele Thiersch nu mai sînt obligatorii. Acest lucru rămîne să fie apreciat după fiecare caz în parte.

Rezultate : chiar dacă nu se obțin rezultate perfecte, faptul că se refac lobulul, subcloazonul, iar vestibulele nazale se mențin bine deschise

Scanned with OKEN Scanner

este totuși o realizare încurajatoare pentru bolnav și constituie în același timp o satisfacție pentru chirurg.

În refacerea lobulului nazal distrus în mică măsură unii autori, folosind metoda italiană, prelevează tegumentele dintre police și index, în scopul obținerii de lambouri utile în intervențiile reparatoare pe care urmează să le facă.

În intervențiile reparatoare mai întinse ale lobulului nazal se mai pot utiliza lambourile cilindrice, prelevate de pe fața anterointernă a brațului, de preferat cel stîng. Are avantajul că scutește pe bolnav de noi cicatrice pe față, dar are și dezavantaje, ce constau în dificultatea pe care o au bolnavii ce trebuie imobilizați în aparate gipsate sau de altă natură, în poziții incomode, pentru perioade mai lungi de timp.

Fig. 184. Refacerea lobulului nazal prin metoda italiană cu lambou interdigital (după Aubry)

În procese destructive de mai mică amploare a lobulului cu interesarea subcloazonului se mai poate recurge la tehnica lamboului nazogenian tubulat (Gillies).

- **Tehnica lamboului nazogenian tubulat**

Confecționarea lamboului în șanțul nazogenian: în șanțul nazogenian se trasează conturul unui lambou, cu pedicului situat la un centimetru în afara inserției aripii nazale. Lungimea lamboului va fi suficientă pentru ca după secționarea capătului distal să poată fi implantat la baza columelei, fără a fi pus în tensiune. Lățimea lui trebuie să permită tubularea lamboului, fără ca tegumentele să fie prea întinse.

Tubularea lamboului: după disecția lamboului, al cărui contur a fost trasat în primul timp al intervenției chirurgicale, se face tubularea lamboului așa cum s-a arătat la capitolul despre grefe.

Secționarea extremității distale a lamboului și fixarea la partea înaltă a buzei superioare: la aproximativ trei săptămîni de la intervenția chirurgicală se secționează extremitatea distală a lamboului și se fixează la partea înaltă a buzei superioare pe linia mediană, în locul unde va fi baza noului subcloazon, după ce în prealabil a fost avivat locul de implantare.

Secționarea capului proximal al lamboului și fixarea lui la lobulul distrus: peste aproximativ încă trei săptămîni se secționează extremi-

Scanned with OKEN Scanner

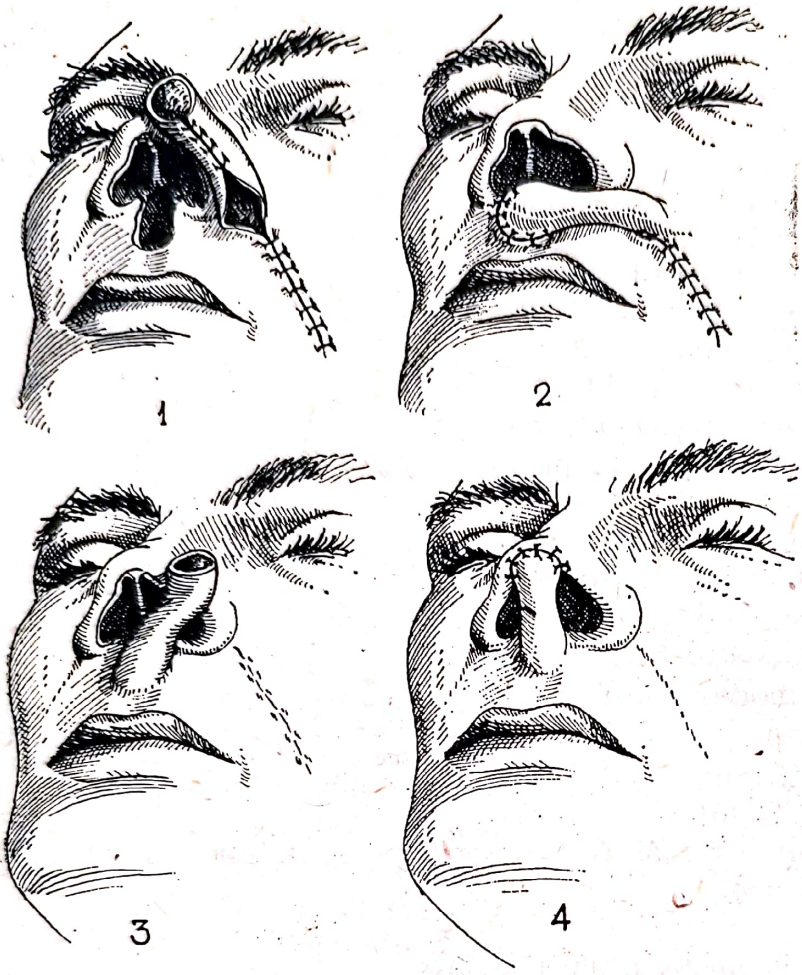


Fig. 185. Lamboul nazogenian tubulat — Gillies (după Aubry)

tatea proximală a lamboului și se fixează la cicatricea lobulului nazal, care în prealabil a fost avivată.

Secționarea longitudinală a lamboului: de-a lungul liniei de sutură executate cînd s-a făcut tubularea lamboului sînt incizate tegumentele pentru a aviva lamboul pe o linie longitudinală mediosagitală, care urmează să se sutureze la partea inferioară a septului restant, după ce în prealabil și aceasta a fost avivată.

Suturarea lamboului la marginea inferioară a septului restant: după ce s-a avivat longitudinal lamboul tubulat și marginea inferioară a septului restant sînt suturate de fiecare parte a septului, refăcîndu-se subcloazonul.

Pentru reconstituirea lobulului nazal care are afectat și scheletul cartilaginos König recomandă grefele compuse, din piele și cartilaj, recoltate de pe fața posterioară a pavilionului auricular. Unii autori, ca Dufourmentel, Gillies, Brown și alții, împărtășesc această metodă, cea mai mare parte a chirurgilor însă sînt sceptici în privința rezultatelor ce se obțin prin aplicarea ei.

În distrugerea vîrfului nasului Aubry recomandă lamboul indian frontal, care poate fi vertical pe linia mediană, cînd fruntea este înaltă, sau ușor oblic dacă înălțimea frunții nu permite recoltarea unui lambou

Scanned with OKEN Scanner

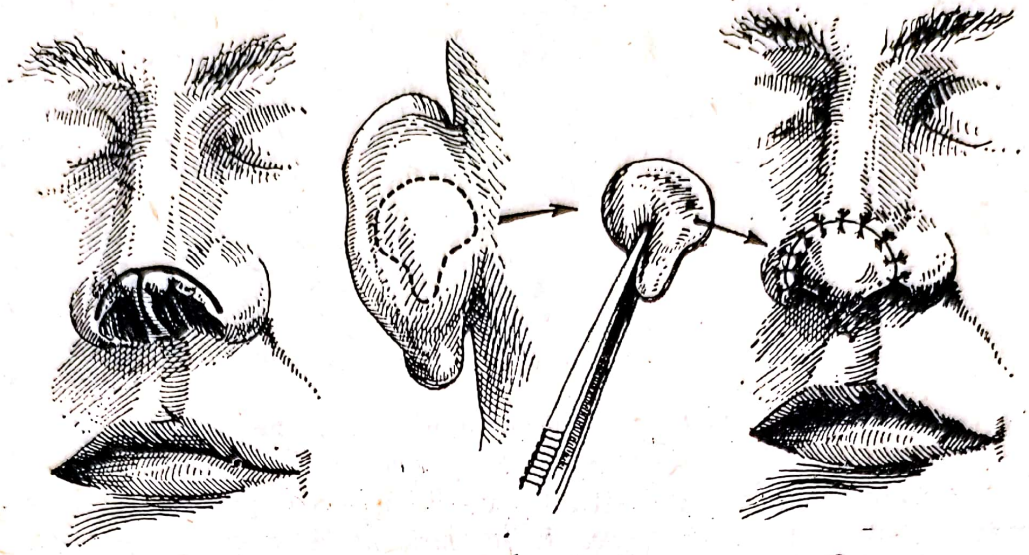


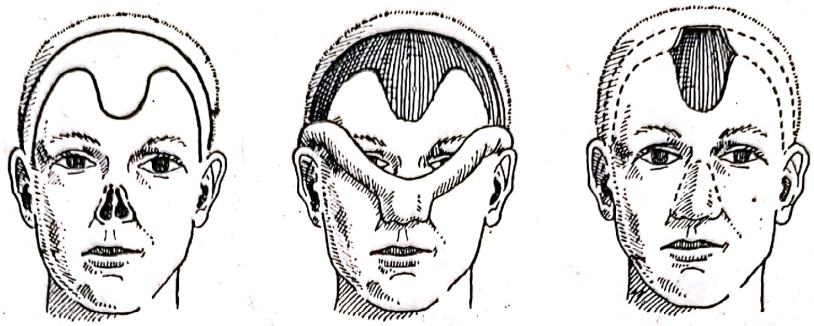
Fig. 186. Refacerea lobulului cu grefă compusă König (după Berendes)

suficient de lung. Pentru refacerea piramidei distale Aubry preferă tehnica recoltării lamboului bipediculat imaginată de Moure. Acest procedeu constă în crearea unui lambou frontal în zona mediană și superioară a frunții, avînd — într-o parte și în alta — cîte un pedicul, ca pentru lamboul în jugulară.

Un alt procedeu, ce se folosește în distrugerea importantă a lobulului nazal, este acela al lamboului în seceră, aplicat de New. Procedeul constă în obținerea unui lambou lung, cu pedicului în regiunea temporală, cudat în partea sa mediană, în regiunea acoperită cu păr și

Fig. 187. Refacerea vîrfului nasului cu lambou indian frontal (după Aubry):
a. Trasarea lamboului; *b.* Lamboul tubulat este suturat la lobulul distrus; Suprafața de unde s-a recoltat lamboul este suturată prin apropiere; *c.* După secționarea pedicului, acesta este reașezat în regiunea frontală de unde a fost prelevat, iar grefa nazală, menită să acopere lipsa de substanță, este adaptată și suturată în raport de necesități.

Scanned with OKEN Scanner



a b c

Fig. 188. Lamboul bipediculat al lui Moure (după Sercer)

avînd extremitatea distală situată vertical, în regiunea pielii frunții. Numai această ultimă parte va fi folosită la refacerea lobulului nazal. Tehnica are avantajul că cea mai mare parte a lamboului și deci și a cicatricei care rezultă este situată în regiunea acoperită cu păr a pielii capului. Din cauza formei cudate, pe care o capătă lamboul cînd devine vertical coborînd în regiunea tegumentelor frunții, circulația este jenată, fapt ce a determinat pe autorul acestei tehnici să amîne implantarea extremității distale la nivelul lobulului distrus.

Aubry propune tubulizarea lamboului. Temporar, zona din regiunea păroasă de unde s-a recoltat lamboul, se acoperă cu grefă dermoepidermică, iar zona de pe frunte se acoperă cu piele totală.

8.5.1.2.3. **Refacerea aripilor nasului**

Aripile nasului pot fi distruse bilateral, cînd procesul destructiv a acționat și asupra lobulului și columelei, sau unilateral, datorită unui proces inflamator cronic ori tumoral. Au fost imaginate și încercate numeroase procedee chirurgicale de refacere a unei aripi nazale distruse. În scopul unei sistematizări, în continuare vor fi menționate procedeele folosite, grupate pe metode, insistînd asupra celor care dau rezultate mai bune, fără să lase cicatrice disgrațioase, demoralizatoare pentru mutilat.

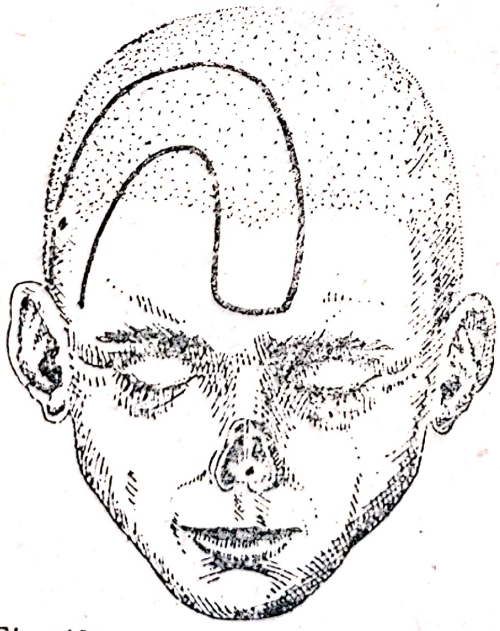


Fig. 189. Lamboul în seceră al lui New — modificat (după Aubry)

Refacerea prin metoda italiană a aripii nazale distruse a fost încercată de Dieffenbach, Labat, Zeiss și Szymanowski. Lambourile recomandate de ei, confecționate din regiunea frontală, creează cicatrice prea întinse în regiuni expuse privirilor, ce provoacă complexe mari operatului, înlocuind o infirmitate prin alta. Lambourile frontale verticale sau oblice, de orice formă ar fi ele, nu rentează să fie utilizate decît în cazurile

Scanned with OKEN Scanner

cînd procesul destructiv a atins nu numai aripa nasului, dar și în diferite grade peretele nazal respectiv.

Lamboul în coasă descris de New are aceleași indicații arătate la toate tehnicile care folosesc metoda indiană, adică în pierderi de substanță ce depășesc în întindere aripa nasului.

Refacerea prin metoda italiană a aripii nasului a fost utilizată de Dieffenbach, care n-a obținut rezultate favorabile. Nélaton însă, alegînd bine cazurile, a întrebuințat-o cu succes.

- **Tehnica Nélaton**

Avivarea conturului narinei distruse : se execută o avivare corectă a conturului lipsei de substanță a aripii nazale distruse.

Crearea unui lambou de partea anterioară a brațului : se confecționează un lambou semilunar, mai lat decît pierderea de substanță ce urmează să fie completată. Trebuie să-i lăsăm lamboului un pedicul suficient de lung, aproximativ de două sau trei lățimi de degete.

Sutura convexității lamboului la conturul avivat al pierderii de substanță : se execută o sutură minuțioasă a marginii convexe a lamboului, la conturul avivat al pierderii de substanță din aripa nazală.

Imobilizarea membrului superior : printr-un aparat gipsat sau orice altă metodă se imobilizează membrul superior stîng, de la brațul căruia s-a prelevat lamboul, într-o poziție convenabilă, care să asigure o bună toleranță pentru bolnav, dar care să nu întindă prea mult lamboul.

Secționarea pedicului lamboului : după aproximativ două săptămîni se secționează pedicului la inserția sa brahială. Prin secționare lamboul se retractă și se rulează în interiorul narinei, astfel că medicul operator nu are prea mult de aranjat conturul narinar. Acest lucru este valabil atunci cînd aripa nazală conservă o porțiune din cartilaj ; dacă însă aripa nazală nu mai păstrează cartilaj, din cauza unei distrugeri mai întinse, atunci trebuie arajantă marginea narinară în forma cea mai convenabilă.

Metoda franceză este metoda ce a furnizat cele mai numeroase tehnici de refacere a aripii nazale.

Tehnicile chirurgicale care se încadrează în metoda franceză folosesc lambouri din vecinătate, care sînt făcute fie să alunece în locul unde este lipsa de substanță, fie să ajungă în locul dorit, trecînd peste o porțiune de tegument sănătos.

Nélaton și Ombrédanne au întocmit o clasificare a tehnicilor de reparare a aripii nasului după metoda franceză. Unele tehnici prevăd recoltarea lambourilor de pe piramida nazală, și anume din partea afectată, prin alunecarea unui singur lambou, cu pedicul anterior sau posterior, așa cum recomandă Denonvilliers ; altele, din tegumentele nazale ale părții afectate, sub forma alunecării combinate a două lambouri ; Langenbeck recomandă o tehnică prin care se prelevează un lambou tegumentar de pe partea sănătoasă a nasului, pe care îl aduce — prin alunecare — în regiunea lipsei de substanță etc.

Scanned with OKEN Scanner

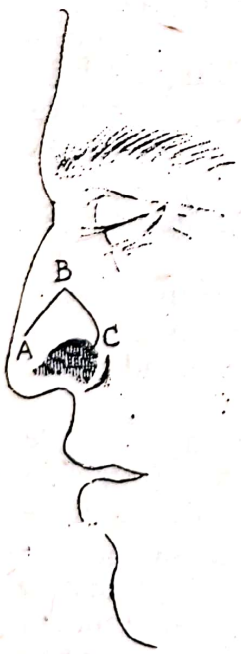
• **Tehnica lui Denonvilliers (prima variantă)**

Confecționarea unui lambou triunghiular: se confecționează un lambou triunghiular, ABC, cu pedicul plasat anterior și lat de opt sau zece milimetri, care se situează în partea superioară și laterală a lobului. O incizie ușor oblică, pornind de la marginea inferioară a oaselor proprii nazale, coboară — mai mult sau mai puțin paralel cu dorsul nasului — pînă la aproximativ un centimetru de vîrful nasului, continuînd latura anterioară a triunghiului. Latura posterioară, formată de o incizie curbă cu convexitatea posterior, se situează la limita dintre versantul piramidei nazale și obrazul de aceeași parte (BC). Latura AC — care este cea inferioară și mai scurtă decît celelalte două corespunde marginii libere a aripii nasului cicatrizate.

Disecția lamboului: se disecă lamboul de sus în jos, izolîndu-l de scheletul osteocartilaginos.

Alunecarea lamboului de sus în jos: cînd lamboul este complet detașat de planurile profunde și nu mai ține decît de pediculul său anterior, facem să alunece și să se rotească ușor în jos latura posterioară, pînă cînd marginea inferioară a lamboului completează lipsa de substanță și ajunge la nivelul marginii narinare, din partea sănătoasă.

Sutura laturii posterioare a lamboului: se suturează, prin cîteva puncte izolate, latura posterioară a lamboului în poziția cea mai bună, pentru a fi cu marginea inferioară la nivelul marginii narinare din partea opusă.



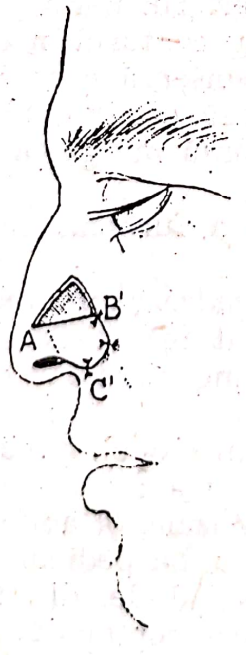


Fig. 190. Tehnica Denonvilliers — prima variantă (după Nélaton și Ombrédanne)

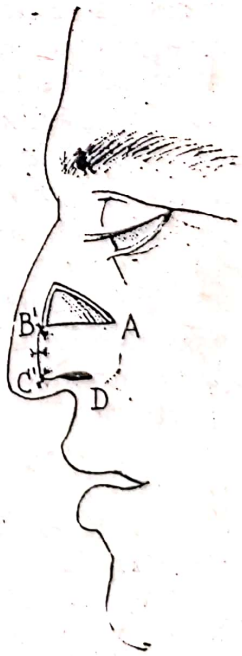


Fig. 191. Tehnica Denonvilliers — a doua variantă (după Nélaton și Ombrédanne)

Scanned with OKEN Scanner

Acoperirea suprafeței rămase sîngerînde cu grefă Thiersch: zona rămasă sîngerîndă, deasupra lamboului fixat în noua poziție, se acoperă cu o grefă Thiersch.

- **Tehnica lui Denonvilliers (varianta a doua)**

Confecționarea lamboului: se confecționează un lambou cu pedicul posterior situat deasupra locului de inserție al aripii nasului. Latura inferioară a lamboului dreptunghiului o constituie marginea cicatriceală a lipsei de substanță a aripii nazale. Latura anterioară este paralelă cu dorsul nasului și coboară de la marginea inferioară a oaselor proprii nazale pînă la limita anterioară a lipsei de substanță a aripii nazale, pe care o avivează în continuarea laturii anterioare a lamboului. Latura superioară a lamboului dreptunghiular este mai mult sau mai puțin paralelă cu latura inferioară, care este marginea cicatriceală a aripii nazale distruse.

Disecția lamboului: cu forfecuța se disecă lamboul, detașîndu-l de planurile scheletale subjacente.

Coborîrea lamboului: latura anterioară a lamboului se coboară pînă la extremitatea inferioară a marginii anterioare a lipsei de substanță, avînd grijă ca marginea inferioară a lamboului coborît să fie la nivelul marginii narinare din partea opusă.

Suturarea laturii anterioare a lamboului: după ce medicul operator s-a convins că lamboul este așezat în poziție bună, pune cîteva puncte de sutură izolate, care să prindă marginea anterioară a lamboului cu marginea anterioară a lipsei de substanță, avivată în prealabil.

Acoperirea zonei sîngerînde cu grefă Thiersch: zona rămasă sîngerîndă, situată deasupra lamboului fixat în noua poziție, se acoperă cu grefă Thiersch.

- **Tehnica lui Kazandjian**

Este o tehnică simplă ce dă satisfacții cînd lipsa de substanță a aripii nasului se situează la mijlocul distanței dintre lobul și inserția aripii. Ea constă în coborîrea unui lambou de piele, folosind incizia în *VY*.

- **Metoda lamboului nazogenian**

Lamboul nazogenian este folosit în diverse tehnici chirurgicale pentru repararea defectelor situate în zona inferioară a piramidei nazale și, îndeosebi, în refacerea aripii nasului.

În continuare vor fi descrise două din aceste procedee, mai frecvent utilizate: tehnica lamboului cu pedicul superior și tehnica lui Ombrédanne.

Scanned with OKEN Scanner

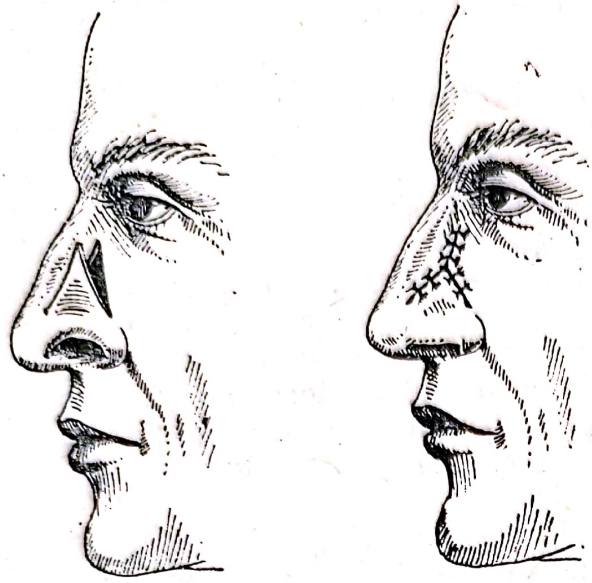


Fig. 192. Refacerea aripii nazale prin metoda Kazandjian (după Sercer)

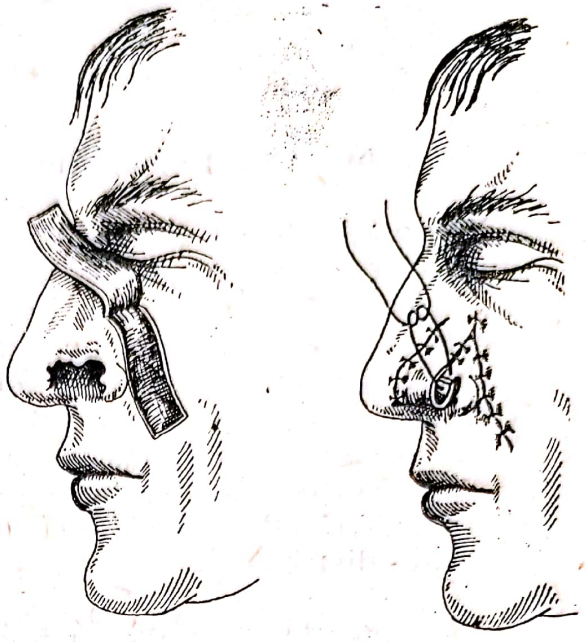


Fig. 193. Lamboul nazogenian cu pedicul superior (după Aubry):

a. Lamboul este decolat; incizia de racordare este punctată; *b.* Sutura lamboului cu plicaturarea extremității distale.

- **Tehnica lamboului cu pedicul superior**

Confecționarea lamboului : se trasează și se disecă un lambou nazogenian cu pedicul superior, avînd o lățime corespunzătoare defectului de corectat, iar lungimea suficientă pentru a ajunge să acopere lipsa de substanță și să se poată răsuci înăuntru, realizînd un dublu plan, necesar în aceste intervenții reparatoare. Lamboul trasat și disecat se repune la loc, pentru a fi întîrziat, din cauza condițiilor de vascularizație.

Excizia cicatricelor de pe marginea lipsei de substanță : după aproximativ două săptămîni, cicatricele de pe marginea defectului narinar sînt excizate.

Incizarea și disecarea din nou a lamboului : imediat după excizarea cicatricelor, pentru avivarea marginilor defectului narinar, se incizează din nou pe vechiul traseu liniile ce delimitează lamboul cu pedicul superior, care se și disecă, separîndu-l de planurile profunde.

Efectuarea unei incizii de racordare între pedicul lamboului și marginea superioară a plăgii : este efectuată o incizie oblică, de sus în jos și dinapoi înainte, care să unească pedicul lamboului cu marginea superioară a plăgii.

Aplicarea lamboului în poziția indicată : partea superioară a lamboului se așează în patul creat prin incizia de racordare : partea mijlocie reface aripa nazală distrusă, iar partea inferioară plicaturată va da contur rebordului narinar și va căptuși suprafața endovestibulară.

Scanned with OKEN Scanner

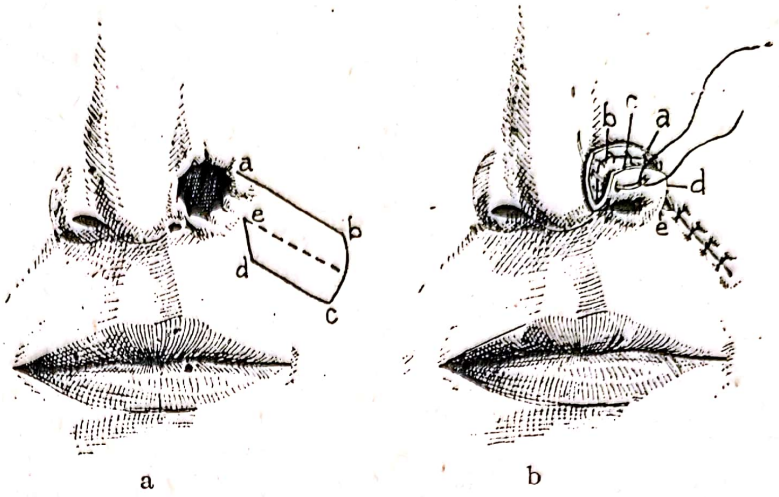


Fig. 194. Restaurarea aripii nasului după tehnica Ombrédanne (după Aubry)
a. Trasarea lamboului a, b, c, d;
b. Aplicarea lamboului.

a b

• **Tehnica Ombrédanne**

Această tehnică utilizează lamboul nazogenian răsturnat.

Confecționarea lamboului: incizia *ab* este oblică, pornind de la partea superioară a defectului narinar și se îndreaptă în jos și în afară. Va trebui să fie cu cel puțin un sfert mai lungă decît marginea superioară a lipsei de substanță. Din punctul *b* incizia — descriind o ușoară curbă — se îndreaptă în jos pînă la punctul *c*. Incizia *cd* se trasează paralel cu prima incizie, *ab*. Între aceste două incizii paralele trebuie să fie o distanță mai mare decît dublul înălțimii defectului care trebuie completat. Linia *cd* se oprește în afară și mai jos de limita externă a defectului. Din *d* se trasează o incizie de jos în sus și din afară înăuntru, oblic, pînă la nivelul pragului narinar.

Decolarea lamboului și apoi suturarea sa: se face disecția lamboului cu o forfecuță și — după ce s-a decolat lamboul pînă la nivelul pedicului — se suturează din nou, pe locul de unde a fost prelevat.

Excizia țesutului cicatriceal în jurul pierderii de substanță: se excizează tot țesutul cicatriceal din jurul defectului, avivîndu-se marginile acestuia, disecînd două planuri.

Sutura lamboului: se începe sutura cu latura *ab* pe jumătatea superointernă a defectului, cu suprafața acoperită de epiderm situată, înăuntru. Firele de sutură vor fi înnodate în vestibul. Se plicaturează apoi în afară lamboul, suturîndu-se între ele cele două jumătăți ale marginii *bc*. Se suturează după aceea între cele două jumătăți ale marginii *ad*.

Lamboul dublat se suturează minuțios la conturul narinar avivat.

Acoperirea plăgii de unde s-a prelevat lamboul: se execută o decolare a tegumentelor din jurul marginilor plăgii rămase după ridicarea lamboului și apoi — prin apropiere și cu aplicarea cîtorva puncte de sutură — se acoperă plaga.

Tehnica cu grefă liberă compusă (König)

Autografa liberă compusă din piele și cartilaj recoltată de la nivelul pavilionului auricular poate fi utilizată cu succes în pierderile de substanță ale aripii nasului, situate în partea de mijloc a acestuia, avînd o întindere de pînă la trei sferturi din suprafața aripii.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica constă în următorii timpi :

Excizia marginilor cicatriceale ale pierderii de substanță : cu un bisturiu fin sau un fragment triunghiular de lamă de bărbierit, prins oblic într-o pensă hemostatică fără gheare, se excizează marginile cicatriceale ale pierderii de substanță de la nivelul aripii nasului

Decuparea dintr-un film radiologic a conturului exact al lipsei de substanță : după ce s-au excizat marginile cicatriceale ale lipsei de substanță a aripii nasului se decupează dintr-o bucată de film radiografic reprezentarea exactă a lipsei de substanță ce trebuie completată.

Desenarea la nivelul pavilionului auricular a formei lipsei de substanță : se desenează, cu ajutorul modelului confecționat din filmul radiografic, pe pavilionul auricular, la nivelul la care dorim să recoltăm autografa, forma lipsei de substanță ce trebuie completată. Modelul confecționat trebuie să reprezinte exact forma și dimensiunile lipsei de substanță. Se poate recolta autografa fie din regiunea marginii externe a helixului fie din zona de inserție a acestuia.

Decuparea autografei : urmînd exact conturul desenat cu ajutorul modelului, se incizează marginile autografei, avînd grijă să nu mobilizăm tegumentele pe cartilaj, pentru ca planurile toate să aibă aceeași formă și aceleași dimensiuni trasate cu ajutorul modelului.

Așezarea autografei libere compuse la nivelul lipsei de substanță : după ce a fost detașată de restul pavilionului auricular, autografa este transplantată la nivelul lipsei de substanță al aripii nasului.

Sutura : se suturează autografa la marginile avivate ale lipsei de substanță a aripii nasului cu mătase fină, pe cele două fețe.

Pansamentul : se introduce în vestibulul nazal o meșă iodoformată bine tasată, apoi se aplică pe tegumentele piramidei nazale două comprese îmbibate în ser fiziologic. Este asigurată o contrapresiune externă, printr-un căluș care să exercite presiunea moderată asupra grefei. Se va exercita și o presiune asupra marginii inferioare narinare, cu cîteva benzi de leucoplast, prin intermediul unei comprese.

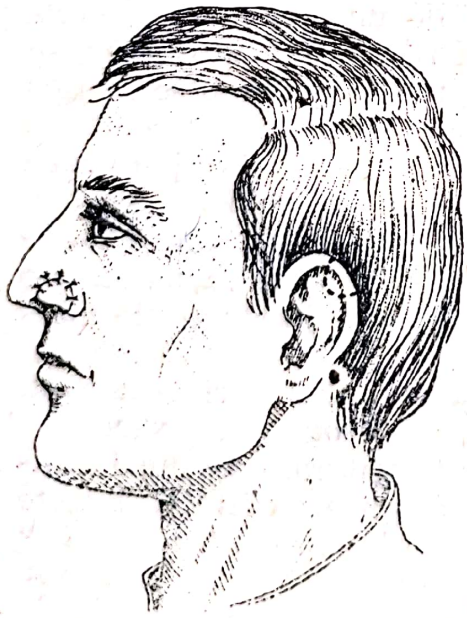


Fig. 195. Refacerea aripii nasului prin grefă liberă compusă (după Aubry)

După primele patru zile se face primul pansament, cu care ocazie se examinează starea grefei. În ziua a șaptea se refac pansamentul și se observă evoluția grefei. În ziua a zecea se pot scoate firele, fie toate odată, fie parțial.

Grefa, care la început este roșie sau puțin cianotică, își recapătă treptat culoarea normală și se integrează ca aspect în zona unde a fost transplantată.

Metoda refacerii aripii nasului prin grefă liberă compusă din tegumente și cartilaj prelevate de la nivelul pavilionului auricular este foarte bună. Repararea pierderii de substanță de la nivelul pavilionului auricular, rezultată în urma recoltării autografei, nu creează dificultăți, ea putînd fi rezolvată prin aplicarea cîtorva puncte de

Scanned with OKEN Scanner

sutură, după ce s-a dat lipsei de substanță o formă care să-i permită apropierea și suturarea marginilor. Și la suturile pavilionului auricular, ca și cele executate la nivelul aripii nasului trebuie folosită mătase și ace fine, care să nu traumatizeze tegumentele. Suturile se vor face pe ambele fețe ale pavilionului auricular și trebuie acordată o mare atenție refacerii marginii helixului.

8.5.1.2.4. Refacerea columelei

Pentru refacerea columelei s-au încercat o multitudine de procedee chirurgicale, cu mai mult sau mai puțin succes. Dieffenbach a folosit metoda indiană de refacere a columelei. El recoltează un lambou frontal, pe care îl insinuează între marginile unei incizii longitudinale, pe toată întinderea nasului, pentru a-i fixa vîrful la baza buzei superioare ; deși este în măsură să asigure o refacere bună a columelei, metoda are dezavantajul că lasă o cicatrice întinsă pe frunte și pe toată lungimea nasului.

Metoda italiană utilizată de Labat, Nélaton și alții a dat rezultate foarte bune, evitînd formarea unor cicatrice dizgrațioase pe față.

Cei mai mulți chirurgi au întrebuințat lambouri autoplastice după metoda franceză, prelevate din vecinătatea defectului, pe care le-au transplantat la nivelul defectului, cu sacrificii în cele mai multe cazuri de la nivelul buzei superioare. Astfel, Serre și Würtzer au recoltat lambouri de la mijlocul buzei superioare, aceasta nefiind interesată în toată grosimea ei. Blandin prelevează lamboul de la nivelul buzei superioare, ce interesează toată grosimea acesteia, producînd o buză de iepure artificială. După ce a fost confecționat și detașat, lamboul este răsturnat de jos în sus, fără să se facă torsionarea pedicululuí, situat la nivelul șanțului nazolabial, astfel că fața profundă a lamboului — care este acoperită cu mucoasă — devine superficială, iar fața externă, epidermizată — profundă. Capătul inferior este fixat la lobulul nasului.

Dupuytren și Fricke au folosit lambouri labiale orizontale, torsionîndu-le pedicululs, pentru a le fixa la patul grefei.

Dieffenbach confecționează un lambou labial oblic în jos, pe care îl torsionează pentru a-l fixa la patul grefei.

Szymanowschi, Hueter și Dieffenbach utilizează lambouri prelevate din regiunea tegumentelor nazale, pe care le coboară sau le torsionează, pentru a le fixa la patul grefei.

• Tehnica lui Dieffenbach

Este un procedeu chirurgical care folosește metoda indiană prin recoltarea unui lambou frontal pentru refacerea columelei.

Recoltarea lamboului : se recoltează un lambou oblic din tegumentele regiunii frontale aplecat spre partea stîngă, cu pedicululs la extremitatea internă a sprîncenei drepte. Incizia ce delimitează partea stîngă a lamboului se prelungește în jos pe linia mediană a dorsului nasului pînă la nivelul subcloazonului distrus.

Scanned with OKEN Scanner

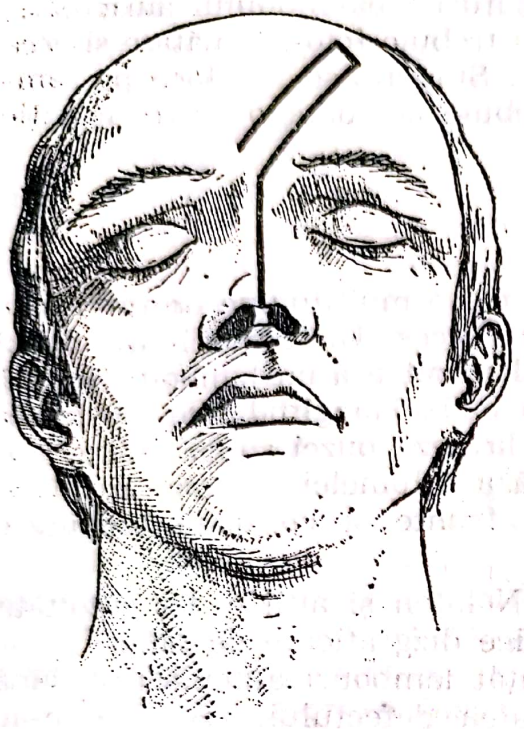


Fig. 196. Tehnica lui Dieffenbach (după Nélaton și Ombrédanne)

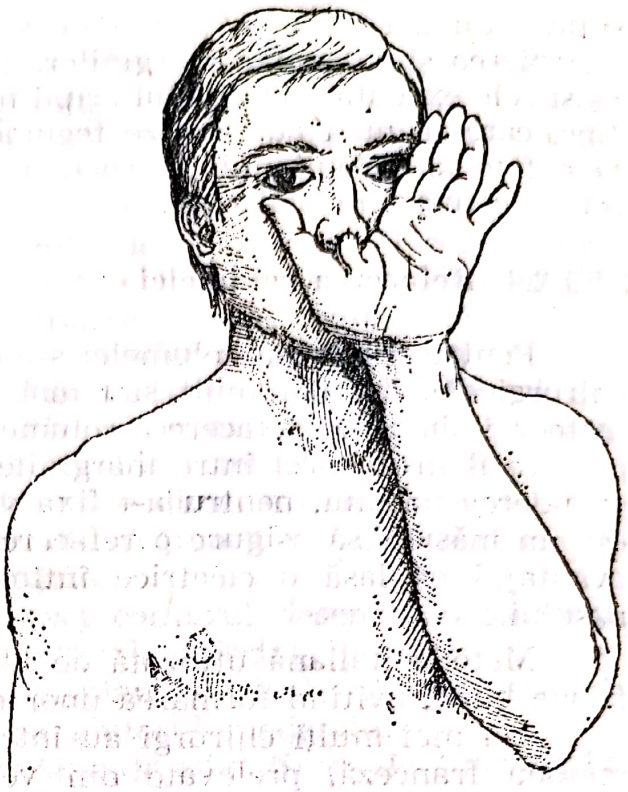


Fig. 197. Operația lui Labat (după Nélaton și Ombrédanne)

Incizia făcută în partea înaltă a buzei superioare: în mijlocul părții înalte a buzei superioare se face o incizie orizontală sau ușor curbilinie, cu concavitatea în sus, unde urmează să se sutureze extremitatea inferioară a lamboului frontal răsucit în jos.

Avivarea patului grefei: se avivează toată zona — în care trebuie grefat lamboul recoltat pentru refacerea columelei — cu un bisturiu fin sau cu un fragment triunghiular de lamă de bărbierit, prinsă cu o pensă hemostatică fără gheare; excizia țesutului cicatriceal trebuie să fie fermă și fără ezitări.

Sutura lamboului: se face la cele două extremități ale columelei și pe laturile ei.

- **Tehnica lui Labat**

Acest procedeu chirurgical folosește metoda italiană pentru refacerea columelei. Autorul tehnicii recomandă prelevarea lamboului de la nivelul eminenței tenare a mîinii stîngi. Vîrful lamboului se suturează în partea anterioară a lipsei de substanță a columelei, după ce în prealabil a fost avivat locul, prin excizia țesutului cicatriceal de la acest nivel. Peste opt sau zece zile, timp în care operatul a fost menținut cu un aparat de contenție în poziția convenabilă, pentru ca lamboul să nu fie prea întins, se execută secționarea pediculului și — după avivarea locului — se execută sutura la baza subcloazonului și pe părțile laterale, prin puncte izolate.

Scanned with OKEN Scanner

• **Tehnica lui Serre**

Serre recomandă refacerea columelei prin prelevarea unui lambou recoltat din regiunea mediană a buzei superioare.

Recoltarea lamboului: se execută două incizii verticale paralele, paramediane, la nivelul buzei superioare, care se unesc printr-o incizie orizontală la nivelul șanțului nazolabial. Inferior, cele două incizii merg pînă la marginea mucoasă a buzei superioare.

Disecția lamboului: odată trasat conturul, lamboul acesta se disecă, menținînd pedicului la partea inferioară.

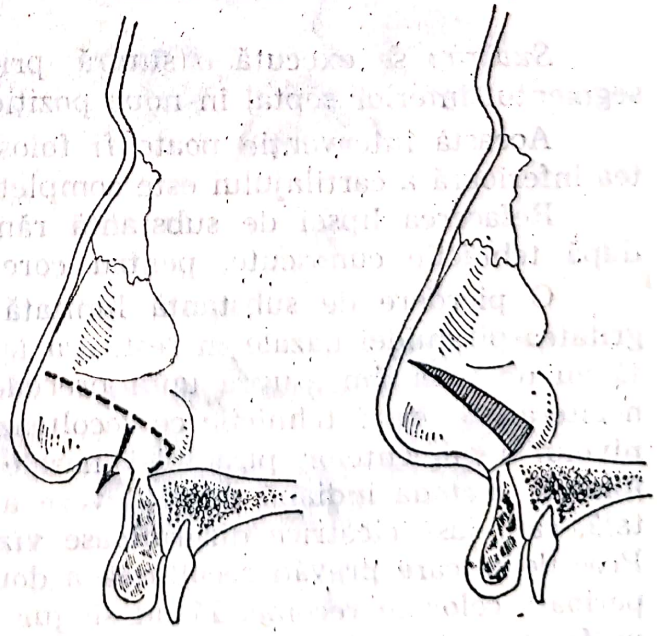
Avivarea regiunii cicatriceale anterioare a columelei: se face excizia cicatricei din regiunea anterioară a columelei în vecinătatea lobului.

Sutura extremității superioare a lamboului: extremitatea superioară a lamboului, recoltat de la nivelul buzei superioare, este suturată în regiunea anterioară a columelei, unde s-a făcut în prealabil avivarea.

Secționarea pedicului lamboului: după aproximativ opt sau zece zile se secționează pedicului.

Avivarea patului grefei: se excizează întreaga zonă cicatriceală la nivelul columelei, pînă la piciorul acesteia în șanțul nazolabial.

Fig. 198. Tehnica lui Serre (după Nélaton și Ombrédanne)



a b

Fig. 199. Refacerea columelei cu un segment inferior al cartilajului patrulater (după Firică)

Scanned with OKEN Scanner

Sutura lamboului: se suturează partea inferioară a lamboului la nivelul șanțului nazolabil și apoi se pun cîteva puncte izolate de sutură pe fețele laterale ale lamboului.

Pansamentul: obișnuit, cu comprese sterile, menținute printr-o ansă de leucoplast, care să învăluie compresele și să le mențină presînd ușor lamboul, prin cele două benzi laterale ale ansei de leucoplast, ce se fixează pe versanții piramidei nazale.

- **Refacerea columelei cu un segment distal al cartilajului septal**

Incizia: la un centimetru deasupra marginii inferioare a cartilajului septal se execută o incizie transfixiantă, paralelă cu aceasta, interesînd cartilajul și cele două mucoase care-l acoperă pe ambele fețe.

Secționarea la bază a segmentului inferior septal: se secționează segmentul inferior septal la bază, răzuind planșeul.

Incizie mediosagitală la baza columelei: la baza columelei se efectuează o incizie mediosagitală, de mărimea distanței cu care dorim să coborîm partea posterioară a segmentului inferior, detașat de sept. Dacă este nevoie, se poate exciza și din țesutul subcutanat la nivelul inciziei mediosagitale.

Implantarea părții posterioare a segmentului inferior septal la incizia mediosagitală: partea posterioară a segmentului inferior septal este coborîtă și implantată în incizia mediosagitală, executată anterior la nivelul piciorului subcloazonului.

Sutura: se execută o sutură, prin puncte izolate, care să fixeze segmentul inferior septal în noua poziție.

Această intervenție poate fi folosită numai în cazurile cînd partea inferioară a cartilajului este complet epidermizată.

Refacerea lipsei de substanță rămasă la nivelul septului se face după tehnicile cunoscute, pentru corectarea unei perforații septale.

O pierdere de substanță limitată de subcloazon presupune integritatea piramidei nazale în rest, așa încît la alegerea tehnicii este bine să nu ne orientăm asupra unui procedeu care să afecteze ceea ce este nealterat. Se evită tehnicile ce recoltează lambouri din vecinătate, de la nivelul tegumentelor piramidei nazale și, de asemenea, și cele care folosesc metoda indiană de prelevare a lambourilor din regiunea frontală, care lasă cicatrice dizgrațioase vizibile, greu suportate de bolnav. Procedeele care prevăd recoltarea a două lambouri labiale nu sînt superioare celor ce recomandă un singur lambou. Metoda italiană este de preferat, deși are inconvenientul că supune bolnavul la o contenție greu de suportat în poziții uneori dificile. Ea are avantajul că nu mai creează cicatrice suplimentare pe față, care să se adauge la infirmitatea existentă.

Scanned with OKEN Scanner

8.5.2. RINOPLASTIA TOTALĂ

Refacerea unei piramide nazale total distruse de către factori diferiți a preocupat pe chirurgi, încercîndu-se metode variate, ce au dat numai satisfacții parțiale, de unde și numărul mare de intervenții propuse, cele mai multe neputîndu-se impune din cauza marilor dezavantaje pe care le prezentau. Cele mai vechi metode folosite pentru refacerea piramidei nazale au fost : indiană ; franceză și italiană. Mai tîrziu, acestor metode de bază li s-au adăugat lambourile dublate, întîrziate, armate și tubulate, precum și migratorii. Ulterior, metodele au fost combinate, rezultînd intervențiile ce se folosesc în prezent în chirurgia reparatoare a piramidei total distruse.

Metoda indiană prevede trasarea unui lambou frontal, căruia i se lasă un pedicul, destinat hrănirii lui. Lamboul este disecat și apoi — prin torsionarea pedicului — se plasează în regiunea distrusă a

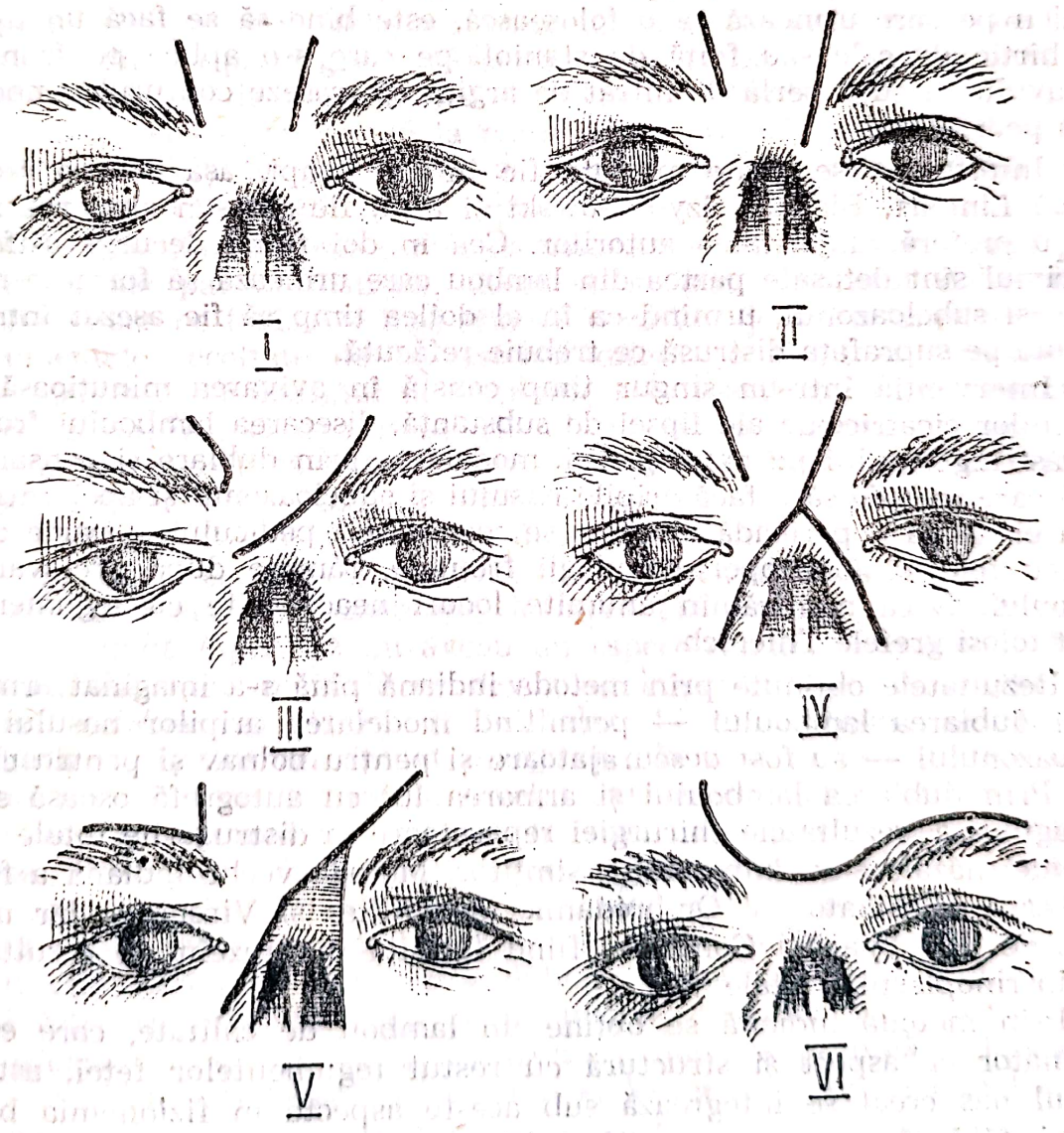


Fig. 200. Diferite aspecte ale pedicului în metoda indiană (după Nélaton și Ombrédanne):

I. Procedeul folosit de Koomas; *II*. Procedeul lui Lisfranc; *III*. Procedeul lui Labat; *IV*. Procedeul lui Dieffenbach; *V*. Procedeul lui Langenbeck; *VI*. Procedeul lui Landreau.

Scanned with OKEN Scanner

piramidei nazale ce trebuie acoperită. Plaga frontală rămasă după detașarea lamboului, prin decolarea marginilor, se apropie cît mai mult posibil, pentru a favoriza vindecarea, sau este acoperită cu o grefă liberă de piele.

La început lambourile recoltate prin metoda indiană erau verticale, avînd dezavantajele că nu erau uneori suficient de întinse în lungime, iar pedicului suferea o torsiune prea mare (180°) cînd lamboul era așezat în regiunea piramidei nazale. Alquié și Auvert au coborît axul lambourilor, făcîndu-l oblic și apoi orizontal, diminuînd în felul acesta torsionarea pediculului și mărind în înălțime lamboul. Lisfranc a plasat mai jos una din inciziile ce delimitează pedicului, iar Langenbeck și Labat au terminat această incizie prelungită în jos cu o curbură. Dieffenbach coboară incizia cea mai joasă chiar în zona care trebuie acoperită. Langenbeck a adăugat o incizie liberatoare la incizia terminată mai sus, pe care o situează deasupra treimii interne a sprîncenei drepte.

Înainte de operație, după ce medicul operator s-a hotărît asupra tehnicii pe care urmează să o folosească, este bine să se facă un tipar din hîrtie de calc sau foiță de staniol, pe care s-o aplice pe fruntea bolnavului și cu o perlă de nitrat de argint să traseze conturul lamboului și pediculului.

Intervenția se poate executa fie în doi timpi, așa cum o recomandă Linhart, Blasius, Szymanowski și alții, fie într-un singur timp, cum o preferă majoritatea autorilor. Cea în doi timpi decurge astfel : în primul sînt detașate partea din lambou care urmează să formeze narinele și subcloazonul, urmînd ca în al doilea timp să fie așezat întreg lamboul pe suprafața distrusă ce trebuie refăcută.

Intervenția într-un singur timp constă în avivarea minuțioasă a marginilor cicatriceale ale lipsei de substanță, disecarea lamboului frontal, răsfrîngerea lui pe patul grefei, modelarea prin dublare și pensarea părții care trebuie să refacă aripile nasului și subcloazonul și apoi antrenarea ei. După o perioadă de timp se secționează pediculul, o parte din el fiind folosită la acoperirea plăgii frontale, rămase după prelevarea lamboului. Dacă mai rămîn anumite locuri neacoperite cu tegumente se pot folosi grefele Thiersch.

Rezultatele obținute prin metoda indiană pînă s-a imaginat armarea și dublarea lamboului — permițînd modelarea aripilor nasului și subcloazonului — au fost descurajatoare și pentru bolnav și pentru chirurg. Prin dublarea lamboului și armarea lui cu autogrefă osoasă sau cartilaginoasă, rezultatele chirurgiei reparatoare în distrugerile totale ale piramidei nazale s-au îmbunătățit simțitor. Metoda veche indiană a fost modificată de Nélaton și Ombrédanne, de Gillies și Virenque, iar mai recent de Kazadjian și Converse, fiind folosită în prezent cu rezultate bune în rinoplastiile totale.

Prin metoda indiană se obține un lambou de calitate, care este asemănător ca aspect și structură cu restul tegumentelor feței, astfel că noul nas creat se integrează sub aceste aspecte în fizionomia bolnavului, fără să se remarce o diferență care să creeze complexe operatului. Cu toate aceste avantaje, metoda indiană are marele neajuns de a crea pe frunte o cicatrice întinsă, vizibilă.

Scanned with OKEN Scanner

Metoda franceză, cunoscută și sub numele de metoda Celse, folosește diferitele procedee autoplastice prin alunecarea lambourilor din vecinătatea defectului. Toate tehnicile chirurgicale, inspirate din metoda franceză, n-au fost în măsură să se impună și să fie folosite cu succes în rinoplastia totală. Cu ajutorul acestei metode se completează pierderile de substanță prin avivarea marginilor defectului și executarea de incizii liberatoare, permițînd crearea de lambouri, care — utilizînd elasticitatea tegumentelor — le fac să alunece și să acopere pierderea de substanță.

Metoda italiană constă în recoltarea unui lambou de la nivelul brațului sau al antebrațului, căruia i se lasă un pedicul la locul de recoltare, iar extremitatea cealaltă se fixează la nivelul pierderii de substanță în regiunea nazală ce în prealabil a fost avivată. Brațul sau antebrațul este menținut printr-un aparat de contenție, într-o poziție convenabilă bolnavului o perioadă de timp necesară stabilirii unei circulații corespunzătoare între lambou și patul grefei. Se pot diferenția trei variante ale metodei italiene : lamboul brahial confecționat se suturează imediat la patul grefei (Graefe) ; lamboul brahial confecționat este lăsat o perioadă de timp pentru a suferi o retracție cicatriceală și numai după aceea se suturează la patul grefei (Tagliacozzi) ; lamboul brahial este modelat în formă de nas chiar pe braț și numai după aceea este suturat la patul grefei (Dieffenbach).

Metoda italiană este o metodă avantajoasă de refacere a unei piramide nazale parțial distruse, deoarece scutește operatul de cicatrice suplimentare pe față. Are însă și două dezavantaje importante, și anume tegumentele recoltate de la distanță diferă ca tentă și structură de cele ale feței, iar aparatul de contenție este foarte greu de suportat de către operat. În ceea ce privește rinoplastia totală, metoda italiană — așa cum a fost concepută inițial — nu poate da rezultate satisfăcătoare. Ea a dat satisfacții în refacerea vîrfului nasului, unde scheletul osteocartilaginos nu a fost interesat, așa după cum a folosit-o Tagliacozzi.

Metodele ce folosesc lamboul simplu recoltat după frunte sau braț nu au dat rezultatele așteptate, deoarece ele refăceau piramida nazală care, pe lîngă faptul că nu aveau un aspect estetic, se înfundau foarte repede, obstruînd narinele ce deveneau impermeabile. În scopul combaterii colabării și obstruării narinelor, Serre, Lisfranc, Labat, Dieffenbach și Blasius au dublat marginea liberă a lamboului frontal recoltat prin metoda indiană la nivelul narinelor și subcloazonului. Acest procedeu a însemnat un pas înainte, însă nu a fost în măsură să realizeze ce s-a dorit. S-au încercat variate procedee de dublare a lamboului, care era destinat să refacă piramida nazală distrusă, crezînd că nasul astfel refăcut va fi mai rigid și nu se va lăsa turtit, permițînd obstrucția narinelor. Sédillot a dublat partea lamboului indian destinată refacerii subcloazonului cu un lambou recoltat de la nivelul buzei superioare. Această metodă constituia o dublare parțială a lamboului, dar nu a dat satisfacție. A. Nélaton și Verneuil, apoi — mai tîrziu cu un an — Dolbeau au inițiat și executat metoda de dublare completă a lamboului frontal, răsfrînt vertical pe regiunea lipsei de substanță a piramidei nazale și acoperit cu două lambouri aduse prin alunecare din regiunea ambilor obraji, pe care le-au suturat pe linia mediană cu

Scanned with OKEN Scanner

epiderma în afară. Această intervenție a fost folosită în cazurile în care lobulul nazal a fost conservat, lipsa de substanță existînd numai la nivelul regiunii mijlocii a dorsului nasului.

Bardeleben, inspirat de intervenția lui Verneuil, a recoltat odată cu lamboul frontal vertical și periost din regiunea frontală. Metoda dublului plan al lambourilor a fost încercată sub diferite forme de mai mulți chirurgi, ca Volkmann, Hüeter, Langenbeck și Goris. Ollier a denumit această metodă procedeul cu dublu lambou, utilizînd un lambou frontal răsfrînt și acoperit de tegumentele restante din vechiul nas. Nici acest procedeu nu a fost în măsură să refacă o piramidă nazală total distrusă. Küster și Israël au format dublura cu un lambou recoltat după metoda italiană.

Încercări variate au mai fost făcute folosind tehnicile cu dublu lambou de către o serie de chirurgi ca Losen, Payer, Thiersch și alții, ce au sperat ca prin procedeele folosite să evite înfundarea nasului nou creat și păstrarea permeabilității narinare. Din păcate însă metoda cu dublu lambou în toate variantele folosite a dus la rezultate slabe, creîndu-se nasuri lipsite de rezistență, care se deformau și se înfundau.

Deși a dezamăgit prin imposibilitatea de a crea o rigiditate piramidei nou create, metoda dublului plan al lambourilor tegumentare a făcut un pas important în diminuarea supurațiilor și retracția în timp a lambourilor, motiv pentru care trebuie menționată și reținută.

Am văzut că metodele lambourilor simple și metoda dublului plan al lambourilor nu au reușit să creeze noului nas o rigiditate suficientă pentru a-și păstra forma în timp. Langenbeck a fost acela care încă din 1879 a atras atenția că o rinoplastie totală nu se poate executa numai cu lambouri tegumentare moi. Tentativele lui Ollier și Langenbeck, ce au încercat să folosească țesut osos, ca și cele ale celor care au utilizat periostul nu au fost încurajatoare. A apărut atunci ideea întrebuințării unui suport metalic, care să dea o formă mai apropiată de normal nasului nou creat și să-l oprească să se înfunde și să se deformeze. Létierant a publicat două cazuri de restaurare a nasului pe suport metalic. În Franța s-au preferat nasurile de porțelan. S-a mai întrebuințat ca suport argintul, aurul și alte materiale, ca celuloidul, cauciucul etc.

Rezultatele imediate obținute prin întrebuințarea în rinoplastiile totale a suporturilor metalice au fost satisfăcătoare. În timp însă nu au întîrziat să apară o serie de neplăceri ca : eliminarea aparatului metalic de susținere, apariția de sfacele ale tegumentelor, gangrena lambourilor etc., ce au făcut să se renunțe la folosirea acestor aparate de susținere a nasului nou creat.

Susținătoarele anorganice ale piramidei nazale nou create s-au comportat ca adevărați corpi străini, care în cea mai mare parte a cazurilor au fost eliminate mai devreme sau mai tîrziu compromițînd rezultatele. S-au încercat atunci periostul, osul și cartilajul. Folosirea periostului, în speranța că el va forma o tije osoasă datorită proprietăților sale osteogenetice, a dezamăgit, așa încît după cîteva încercări s-a renunțat la utilizarea sa. Osul a fost folosit cu periostul său în ideea că îi va servi pentru a-i asigura hrănirea.

Cartilajul a fost întrebuințat, dat fiind că avînd o vascularizație slabă, se hrănește prin inhibiție și se adaptează bine la noile condiții.

Scanned with OKEN Scanner

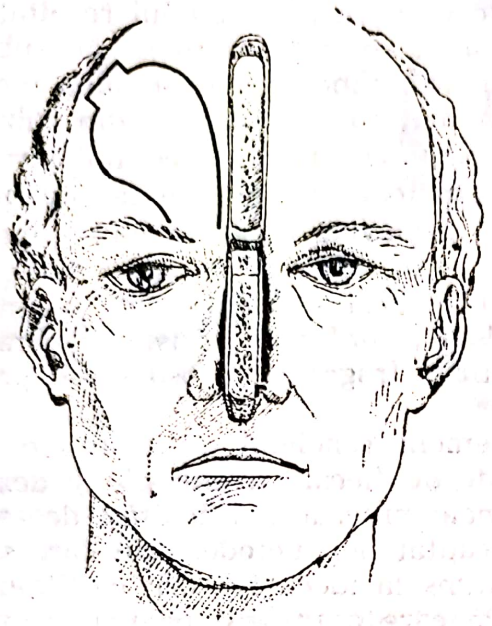


Fig. 201. Intervenția lui König. Lamela osoasă este răsfrîntă odată cu primul lambou frontal (după Ombrédanne și Nélaton)

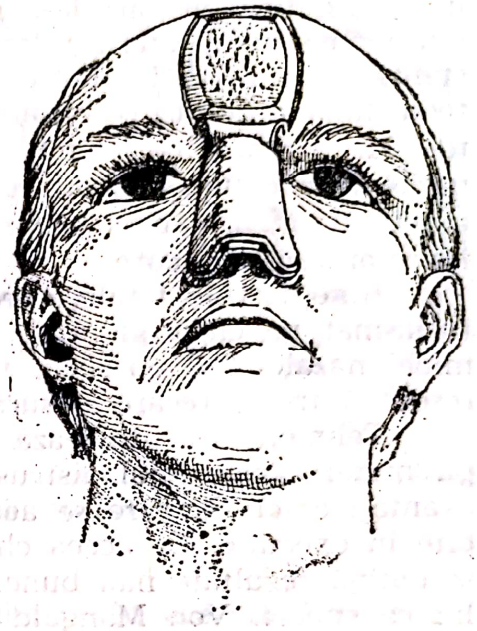


Fig. 202. Intervenția lui Krause (după Nélaton și Ombrédanne). Placa osoasă modelată este situată într-un lambou recoltat prin metoda indiană și care se situează cu epiderma profund spre fosele nazale și un lambou recoltat după metoda italiană care se plasează deasupra, cu epiderma spre exterior

În concluzie putem afirma că în prezent procedeele ce folosesc osul și cartilajul ca țesut de susținere scheletală a noii piramide nazale create reprezintă tehnicile de elecție care sînt admise în prezent de toți chirurgii.

König a prelevat împreună cu un lambou recoltat după metoda indiană și o lamelă osoasă din osul frontal, peste care a aplicat un alt lambou frontal. Mai tîrziu, Israël — folosind o lamelă din osul frontal ca și König — a acoperit-o cu o grefă Thiersch. În același an Rotter a imaginat recoltarea odată cu lamboul frontal a unei plăci din osul frontal, pe care a secționat-o longitudinal în trei părți pentru a forma scheletul piramidei nazale.

Von Hacker, folosind un lambou simplu nedublat, dar armat cu o lamelă osoasă, ce se prelungește pînă la nivelul subcloazonului, reușește să refacă o piramidă nazală total distrusă. Pericolul de supurație în această tehnică cu lambou tegumentar nedublat este mare.

Schimmelbusch și Rotter fac apel la o lamă osoasă, recoltată de la nivelul osului frontal, dar pe care o secționează longitudinal numai în două lamele, în vederea formării celor doi versanți ai scheletului piramidei nazale. Pentru dublarea lamboului a folosit grefa Thiersch.

Krause plasează placa osoasă între un lambou recoltat după metoda indiană și un lambou prelevat și transplantat de la nivelul brațului. Lamela osoasă este răsfrîntă odată cu primul lambou frontal (după Ombrédanne și Nélaton).

Scanned with OKEN Scanner

Ch. Nélaton a recoltat o placă osoasă frontală, împreună cu un lambou indian, pe care le-a răsfrînt pe o dublură a lamboului recoltată din tegumentele laterale. Israël a realizat acoperirea pierderii de substanță de la nivelul piramidei nazale cu un lambou prelevat după metoda italiană de la nivelul antebrațului, armat cu un fragment din cubitus. Mai tîrziu Ch. Nélaton folosește pentru acoperirea defectului piramidei nazale un lambou recoltat după metoda italiană de la nivelul antebrațului, armat cu o porțiune osoasă prelevată de la nivelul spinei iliace anterosuperioare.

Rinoplastiile totale, executate pe un suport scheletal osos, au entuziasmat pe chirurgi, osul neeliminîndu-se, conferind rezistență piramidei nazale. S-a observat însă că în timp fragmentele osoase se pot resorbi într-o oarecare măsură.

Tehnicile ce utilizează osul ca element scheletal de susținere a piramidei nazale total distruse și refăcute au fiecare avantajele și dezavantajele lor, la care se adaugă, în unele procedee, dificultăți deosebite în execuție. De aceea chirurgii au căutat noi metode, prin care să se obțină rezultate mai bune. Așa s-a ajuns la ideea folosirii cartilajului ca suport. Von Mangold a fost acela care a utilizat pentru prima oară cartilajele costale în scop autoplastic. Mai tîrziu el a inserat sub tegumentele unui nas în șa o piesă confecționată din cartilaj costal, în scopul completării lipsei de substanță osteocartilaginoasă de la nivelul dorsului nasului.

Ch. Nélaton a întrebuințat cartilajele costale ca suport scheletal al lambourilor în rinoplastia totală. După succesul obținut, Ch. Nélaton și Ombrédanne au descris o tehnică chirurgicală ce le poartă numele și care se compune din două intervenții :

Intervenția preliminară are drept scop recoltarea cartilajului opt costal stîng și introducerea sa sub tegumentele regiunii frontale, într-o poziție dinainte stabilită, în funcție de forma și poziția lamboului ce va fi prelevat de la acest nivel.

Intervenția propriu-zisă : cuprinde doi timpi importanți. În primul se confecționează și se plasează un lambou, care are suprafața epidermizată situată spre fosele nazale, iar suprafața sîngerîndă în afară. În al doilea timp se așază lamboul frontal, armat cu cartilaj, prin rotire în jos, peste lamboul dublură, avînd fața sîngerîndă în contact cu fața sîngerîndă a acestuia, iar fața epidermizată situîndu-se spre exterior.

8.5.2.1. TEHNICA CH. NÉLATON-OMBRÉDANNE

Autorii acestei tehnici, care folosesc ca lambou de acoperire un lambou recoltat din regiunea frontală, după metoda indiană, situat orizontal spre stînga, armat cu cartilaj costal, recomandă ca înainte cu o zi de efectuarea intervenției să se studieze dimensiunile și forma ce se vor da lamboului frontal prin măsurători cu un compas. Pentru stabilirea lungimii nasului un braț al compasului va fi plasat pe linia mediană dintre cele două sprîncene, iar celălalt braț va fi situat la nivelul

Scanned with OKEN Scanner

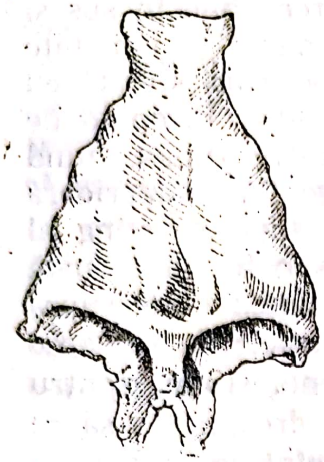


Fig. 203. Tegumentele unui nas normal dezvoltate (după Nélaton și Ombrédanne)

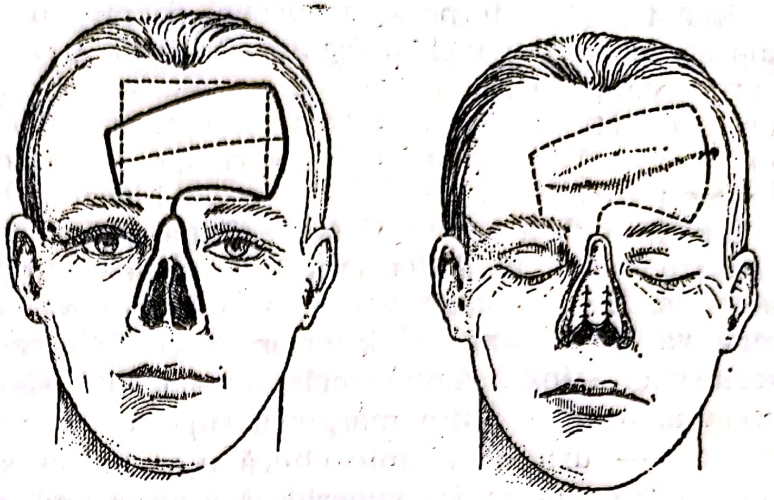


Fig. 204. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Aubry) Lamboul frontal orizontal

la care am dori să corespundă vîrful noului nas. La această dimensiune se vor mai adăuga doi centimetri și jumătate, ce reprezintă lungimea subcloazonului. Este bine să avem în vedere și eventuala retracție a tegumentelor și forma pe care trebuie să o aibă lamboul, în raport cu forma tegumentelor unui nas normal. Pentru a stabili forma tegumentelor unui nas normal dezvoltat autorii au disecat tegumentele nasului unui cadavru, pe care l-au întins, punînd în evidență forma ideală a lamboului de acoperire în rinoplastia totală. Ei apreciază că lamboul frontal este necesar să aibă axul longitudinal situat orizontal, iar pedicul o poziție perpendiculară pe axul lamboului. Cînd lamboul se așază pe patul grefei, pedicul suferă o rotație de numai 90°, ceea ce reprezintă o rotație minimă, care nu jenează buna hrănire a lamboului și este avantajoasă și din punct de vedere estetic. Înainte de a se plasa sub tegumente fragmentul cartilaginos trebuie să se traseze conturul lamboului pe tegumentele frunții direct cu un creion de nitrat de argint sau o perlă de nitrat de argint confecționată pe vîrful unui stilet butonat, prin încălzire. Creionul sau perla va fi ușor umectată, pentru a lăsa urmă pe tegumente. Se poate confecționa și un tipar din hîrtie de calc ori foiță de staniol, care să fie aplicat pe frunte, trasînd cu creionul de nitrat de argint marginile tiparului, ce vor constitui conturul lamboului și pedicului. La început, conturul pe care-l vom trasa pe tegumentele frunții va avea forma unui paralelogram. Una din laturile paralelogramului va porni de la nivelul unirii treimii interne a sprîncenei drepte cu cele două treimi externe ale acesteia și se va ridica vertical pe tegumentele frunții. Latura opusă va porni de la nivelul extremității externe a sprîncenei stîngi și se va ridica paralel cu latura opusă. Patrulaterul va fi completat cu două linii orizontale paralele. Una din aceste linii va fi superioară și situată imediat sub linia care delimitează zona acoperită cu păr a capului ; cealaltă linie paralelă cu prima va fi plasată imediat deasupra sprîncenei stîngi și a treimii interne a sprîncenei drepte. În funcție de acest paralelogram va fi confecționat conturul lamboului frontal și de acoperire. Se va începe de la

Scanned with OKEN Scanner

unirea treimii interne a sprîncenei drepte cu cele două treimi externe ale acesteia, apoi incizia tegumentelor va trebui să urce oblic în sus și spre dreapta, astfel încît cînd va ajunge la doi centimetri și jumătate de la punctul de plecare, va avea extremitatea sa superioară situată cu un centimetru în afara liniei verticale a paralelogramului. Începînd de la acest nivel linia de incizie se va îndrepta brusc către stînga, luînd o direcție oblică în sus și spre stînga, pentru a atinge linia superioară și orizontală a paralelogramului la nivelul unghiului superior stîng al acestuia. De la acest nivel linia de incizie va coborî sub formă curbată pînă va atinge unghiul inferior al paralelogramului, imediat deasupra sprîncenei stîngi. Acum incizia va trebui să se îndrepte brusc spre dreapta, urmînd puțin marginea superioară a sprîncenei stîngi, pentru ca apoi — urmînd o linie oblică ușor în sus și spre dreapta — să se depărteze de marginea superioară a sprîncenei stîngi pînă la aproximativ o jumătate de centimetru de aceasta. Ajungînd deasupra mijlocului dintre cele două sprîncene incizia va trebui să facă o curbură în jos devenind verticală. În afară de conturul ce va trebui să-l aibă incizia care va delimita lamboul, chirurgul trebuie să marcheze linia ce va indica locul unde trebuie introdusă grefa cartilaginoasă. Această linie va avea extremități în partea dreaptă un punct situat la un centimetru dedesubtul cotului format de partea verticală a inciziei și cea oblică ascendentă, iar în partea stîngă, jumătatea liniei curbe care delimitează lamboul de această parte. Este bine să se păstreze tiparul care a fixat conturul lamboului pentru a-l folosi atunci cînd vom executa operația propriu-zisă și cînd se va croi de fapt lamboul. Se mai poate proceda și astfel : să se confecționeze două tipare identice ; unul va fi folosit pentru fixarea conturului lamboului în vederea stabilirii locului unde va fi insinuată lama cartilaginoasă, iar celălalt, la confecționarea lamboului, cîteva luni mai tîrziu, cînd se va executa intervenția propriu-zisă.

Intervenția preliminară : constă din doi timpi. În primul se recoltează cartilajul costal al optulea din partea dreaptă. În al doilea timp cartilajul — după ce a fost modelat pe masa de instrumente — este introdus printr-o butonieră de un centimetru și jumătate făcută la extremitatea stîngă a viitorului lambou.

Timpul I — Recoltarea cartilajului 8 costal : a fost descrisă la capitolul grefelor.

Descoperirea plastronului costal : se incizează sponevroza marelui oblic, iar fibrele marelui drept se disociază și se depărtează de către ajutor.

Recoltarea cartilajului : după ce se decolează pericondrul — separînd cartilajul costal de acesta atît pe suprafața externă, cît și pe cea profundă, prin secționare cu bisturiul a extremităților fragmentului cartilaginos pe care ne-am propus să-l recoltăm — detașăm porțiunea cartilaginoasă de care avem nevoie.

Scanned with OKEN Scanner

Al II-lea timp — Introducerea cartilajului sub periostul frontal: după ce cartilajul a fost modelat pe masa de instrumente, subțiind partea ce va corespunde subcloazonului și executînd o crestătură în grosimea cartilajului la nivelul la care cartilajul va trebui să sufere o flexiune pentru a forma subcloazonul, se face o tunelizare subperiostală, care să corespundă exact liniei trasate pe tegumentele frunții în acest scop, cu creionul de nitrat de argint, după ce am executat o incizie a tegumentelor și periostului. Apoi este introdus cartilajul costal, modelat, cu partea subțiată, ce urmează să formeze subcloazonul situată spre stînga. Se suturează incizia prin care s-a făcut tunelizarea și prin care s-a introdus cartilajul.

Intervenția propriu-zisă: înainte de începerea operației se rade părul din regiunea anterioară pe o porțiune de aproximativ patru sau cinci centimetri, apoi — prin diferite sisteme — părul rămas este acoperit astfel încît în timpul operației să nu se dezvelească și să pătrundă în plagă.

Confecționarea lamboului dublură: medicul operator se poate afla în fața a trei situații: orificiile nasului mutilat să fie acoperite cu țesut cicatriceal suficient, să aibă puțin țesut cicatriceal sau țesutul cicatriceal să fie redus aproape complet. În cazul că nasul distrus prezintă un țesut cicatriceal suficient vom executa o incizie în *V*, al cărei vîrf va fi situat exact la mijloc între cele două sprîncene, iar extremitățile laterale și inferioare se vor întinde pînă la locul unde vor fi refăcute aripile nazale. Tegumentele cicatriceale cuprinse între brațele inciziei în *V* vor fi decolate de epiderm și de stratul superficial al dermului și răsfrînte spre fosele nazale și apoi suturate, avînd suprafața epidermică situată în profunzime, iar cea sîngerîndă în afară. În situația că orificiile nasului mutilat sînt deschise, avînd în jur mai puține tegumente cicatriceale, se face apel și la tegumentele situate deasupra foselor nazale, cuprinse între cele două laturi ale inciziei în *V*, care se execută ca în cazul precedent. În această situație tegumentele de deasupra orificiilor nazale sînt decolate și răsfrînte în jos și suturate cu tegumentele laterale cicatriceale decolate și răsfrînte spre fosele nazale, ca în cazul precedent. În felul acesta se completează insuficiența tegumentelor cicatriceale laterale cu a tegumentelor situate deasupra foselor, care sînt și ele decolate și răsfrînte în jos. În situația în care nici deasupra și nici în părțile laterale ale orificiilor nasului mutilat nu avem țesut cicatriceal din care să putem forma un lambou dublură, atunci se recoltează un lambou de la braț sau antebraț după metoda italiană, pe care îl fixăm cu epiderma spre fosele nazale și fața sîngerîndă spre exterior, suturîndu-l la conturul pierderii de substanță în prealabil avivat.

Disecția lamboului frontal și fixarea lui peste lamboul dublură: se disecă lamboul frontal după conturul fixat anterior și se detașază

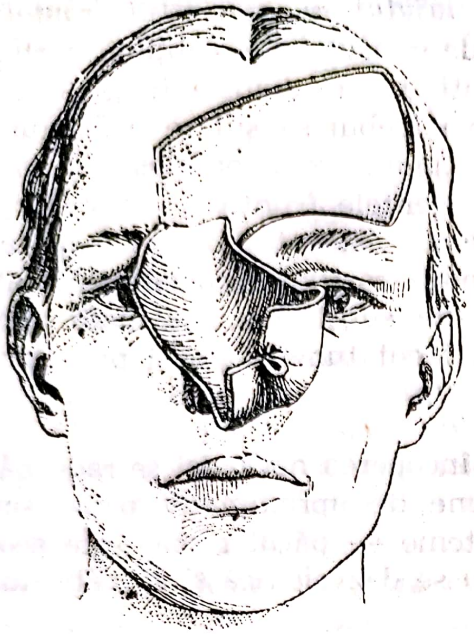


Fig. 205. Tehnica Nélaton-Ombrédanne (după Nélaton și Ombrédanne). Modelarea lamboului

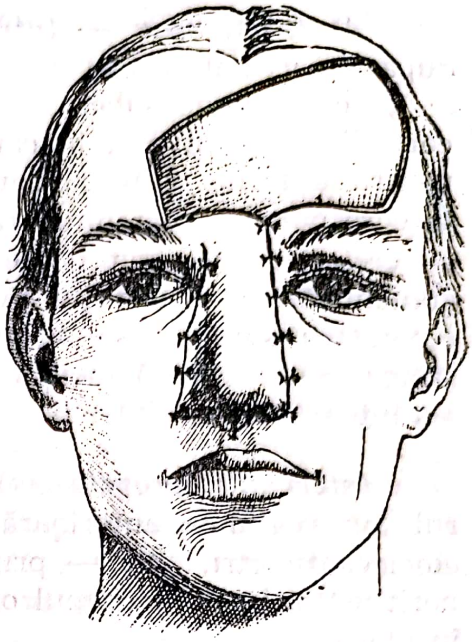


Fig. 206. Tehnica Nélaton-Ombrédanné (după Nélaton și Ombrédanne). Lamboul de acoperire suturat.

cu o răzușă, ce se insinuează între os și periost pînă la nivelul pedicu-lului. Periostul, la care aderă lama cartilaginoasă grefată anterior, este detașat împreună cu lamboul. Înainte de fixarea lamboului se modelează narinele, prinzînd cu policele și indexul mîinii stîngi extremitatea lam-boului la mijloc, adică acolo unde se află porțiunea subțiată a cartila-jului ce va forma subcloazonul. În jurul cartilajului subțiat, care — da-torită crestăturii executate anterior — se cudează ușor, sînt unite și suturate cele două margini ale lamboului, astfel pliat, cu două puncte separate de catgut. De o parte și de alta a pliului lamboului format de cartilaj se conturează acum cele două aripi ale nasului, care au supra-față epidermizată pe ambele fețe. Marginile lamboului sînt fixate la-teral de fiecare parte, pentru a menține poziția aripilor nasului.

Modelarea lamboului de acoperire care va da forma nasului fiind terminată, se trece la așezarea acestuia peste lamboul dublură, anga-jînd cartilajul ce va forma subcloazonul într-o incizie mediană de apro-ximativ un centimetru, care merge în profunzime pînă la maxilar. Se fixează cu cîteva puncte de sutură subcloazonul la nivelul inciziei, în partea înaltă a buzei superioare. Sînt fixate aripile nasului și părțile laterale ale acestuia, în mod alternativ, pe marginea avivată a nasului distrus, acoperind lamboul dublură. În narine se vor pune meșe, care au rolul să țină lipite cele două suprafețe ale pliului lamboului ce for-mează narinele. Meșele pot fi schimbate de cîte ori este nevoie.

Îngrijirea plăgii frontale: pe plaga frontală se aplică un pansa-ment steril. Plaga acoperită cu grefe lungi Thiersch, care nu vor fi

Scanned with OKEN Scanner

aplicate înainte de trecerea a treizeci de zile de la operație. Prinderea acestor grefe se face în opt sau zece zile.

8.5.2.2. RINOPLASTIA TOTALĂ PRIN LAMBOU INDIAN ÎNTÎRZIAT, ARMAT ȘI DUBLAT

Această intervenție reparatoare a unei piramide nazale total distruse se compune din patru timpi operatori distanțați între ei.

Primul timp operator: croirea lamboului frontal după metoda indiană, de la nivelul tegumentelor frunții căruia i se dă o orientare oblică, așa cum o recomandă Virenque, sau orizontală cum o preferă Nélaton și Ombrédanne, în funcție de lățimea frunții. Pedicului lamboului se situează în regiunea supraspîncenoasă, întinzîndu-se ca lățime între jumătatea regiunii intersprîncenoase și punctul care unește treimea internă cu cele două treimi externe ale sprîncenei stîngi. În cazul că fruntea este lată și tegumentele frunții nu sînt cicatriceale se recurge la lamboul indicat de Virenque, cu axul mare situat oblic în sus și în afară, ceea ce face ca pedicului și lamboul să fie situate de aceeași parte a liniei mediane, asigurîndu-se astfel o vascularizație și o nutriție bună lamboului.

Este bine ca intervenția să fie precedată de măsurători, care să dea indicații precise cu privire la dimensiunile potrivite lamboului, pentru a fi suficient să acopere lipsa de substanță. Forma stabilită lamboului trebuie să fie desenată pe o hîrtie de calc sau foiță de staniol și apoi decupată. Tiparul astfel confecționat este aplicat pe fruntea bolnavului și se trasează cu un creion de nitrat de argint conturul viitorului lambou. Vom avea grijă ca atunci cînd așezăm tiparul și desenăm conturul lamboului latura superioară a acestuia, care prin modelare va reface aripile nasului, subcloazonul și vîrful nasului, să fie situată imediat sub marginea anterioară a suprafeței acoperite cu păr a pielii capului, să aibă o formă ușor curbilinie și lungimea de aproximativ șapte centimetri. Latura superointernă a lamboului, plasată în dreapta, va avea în treimea sa inferioară o formă ușor curbilinie, care va uni mijlocul liniei intersprîncenoase cu extremitatea stîngă a laturii superioare a lamboului; latura inferoexternă, tot curbi-

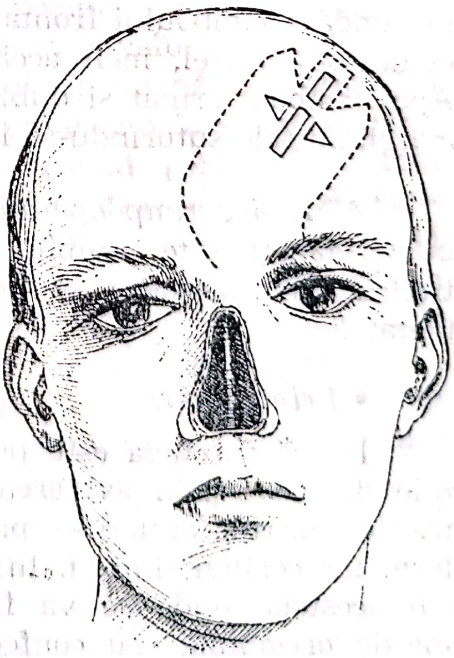


Fig. 207. Tehnica Virenque (după Aubry). Lamboul frontal oblic.

linie, va uni punctul de întîlnire a treimii interne a sprîncenei stîngi cu cele două treimi externe și extremitatea stîngă a laturii superioare a lamboului. Forma curbilinie dată pediculului lamboului are scopul de a mări lungimea lamboului. După ce s-a trasat conturul lamboului se incizează, decolîndu-se numai puțin marginile, partea centrală rămînînd aderentă la planurile profunde.

Smith și Blair confecționează din ceară sau material plastic un mulaj, după care stabilesc dimensiunile și forma lamboului. Lamboul îl croiesc la început dintr-o foiță de staniol, care — aplicată pe frunte — înlesnește mult trasarea conturului acestuia cu un creion de nitrat de argint. Apoi marginile lamboului sînt incizate și decolate. În continuare lamboul este armat cu două fragmente de cartilaj : unul mai mare, de dimensiunile dorsului nasului, iar celălalt — care va fi folosit la refacerea subcloazonului — mai mic. Armarea este posibilă și prin introducerea — prin tunelizare — a încă două fragmente de cartilaj — mai mici decît primele —, de formă triunghiulară pentru a reface aripile nasului și marginile narinare în regiunile corespunzătoare. După ce a fost armat, marginile lamboului sînt suturate cu mătase fină.

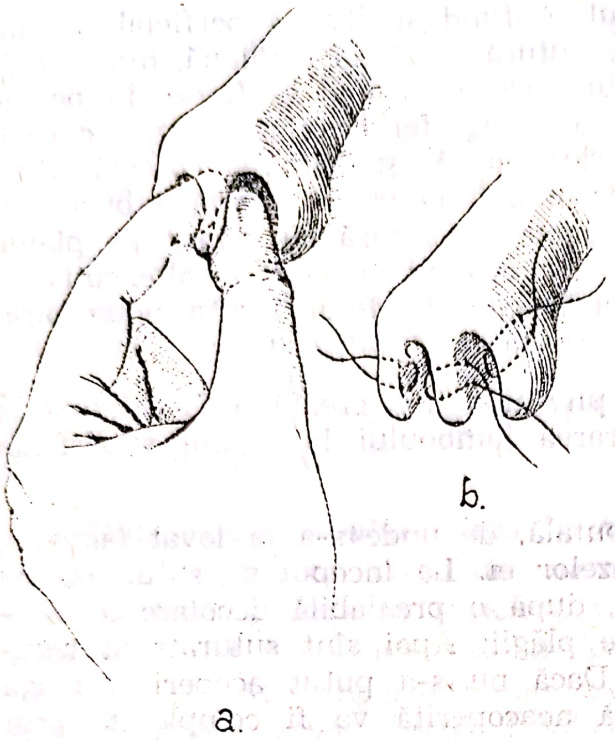
Al II-lea timp operator : dublarea lamboului se efectuează la aproximativ două săptămîni de la primul timp. Se decolează jumătatea superioară a lamboului în întregime, lăsînd pe loc epicraniul, deoarece plaga frontală restantă după deplasarea lamboului recoltat se va reface mai ușor. Pentru a putea proceda astfel medicul operator trebuie să execute tunelizarea și introducerea fragmentelor cartilaginoase ce armează lamboul între epicraniu și tegumentele regiunii frontale. Se trece apoi la recoltarea, din regiunea coapsei, a unei autografe dermoepidermice, pe care o aplicăm cu fața sîngerîndă pe fața sîngerîndă profundă a lamboului frontal. Lamboul este suturat cu autografa dermoepidermică astfel, încît aceasta din urmă să dubleze lamboul frontal. Apoi lamboul armat și dublat este repus la locul de unde a fost croit, marginile sale suturîndu-se la plaga frontală.

Al III-lea timp operator : aplicarea lamboului în regiunea ce trebuie refăcută este posibilă după aproximativ trei săptămîni. Acest al treilea timp operator se desfășoară în trei etape consecutive, nedistanțate.

• *Prima etapă*

În prima etapă este pregătit patul grefei la nivelul piramidei nazale distruse, prin avivarea marginilor patului, excizînd țesutul cicatriceal fibros și creînd — prin excizie — două planuri : unul situat extern, iar celălalt, intern. În partea înaltă a buzei superioare, la mijlocul acesteia, unde se va fixa baza subcloazonului, Aubry execută o incizie orizontală sau confecționează un mic lambou cu balamaua superioară, care — la momentul oportun, prin ridicare — va fi în măsură să primească extremitatea posterioară a columelei nou create.

Scanned with OKEN Scanner



Fii. 208. Modelarea extremității inferioare a lamboului (după Aubry):

a. Refacerea columelei și aripilor nasului; *b.* Cele trei puncte de sutură în „U" care fixează marginile narinare și columela.

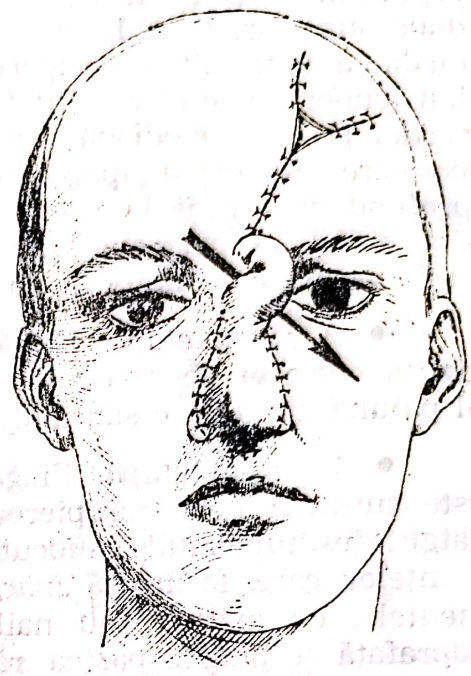


Fig. 209. Sutura lamboului (după Aubry). Săgeata arată puntea făcută de pedicul

• *A doua etapă*

În această etapă este detașat total lamboul frontal, împreună cu dublura dermoepidermică ce acoperă fața profundă a lamboului în partea sa superioară. După decolarea părții superioare, dublate a lamboului, aceasta se rotește și se așază într-o poziție inferioară, care va trebui să acopere pierderea de substanță de la nivelul piramidei nazale. Se pensează între două degete, pe linia mediană, extremitatea inferioară a lamboului dublat și armat, modelînd subcloazonul și marginile narinare. Trebuie să avem în vedere cînd pensăm pe linia mediană extremitatea inferioară a lamboului ca fragmentul cartilaginos, menit să formeze scheletul columelei, să fie prins între cele două degete exact la mijlocul plicaturii pe care o executăm. Cînd ne-am asigurat că acest deziderat a fost bine realizat fixăm cele două părți mediane, prinse între degete, cu un punct de sutură transfixiant în *U*, fixînd astfel părțile mediane pensate, una pe cealaltă. În felul acesta se creează la mijloc columela, iar în părți rebordurile narinare, care vor fi prinse fiecare în parte cu cîte un punct de sutură transfixiant în *U*. Pentru a evita sfacelarea tegumentelor firele în *U* nu vor fi prea strînse, iar înnodarea lor se va face pe cîte o bucățică de compresă îmbibată în ulei de vaselină.

• *A treia etapă*. În etapa a treia lamboul — pregătit și modelat — se suturează pe patul pregătit prin excizia țesutului cicatriceal

Scanned with OKEN Scanner

și formarea a două planuri, unul profund și altul superficial. La început sînt aplicate trei puncte de sutură, pe linia mediană, dintre care două superior, la rădăcina nasului, care au scopul să fixeze în poziție mediană extremitatea superioară a autografei cartilaginoase, iar celălalt punct de sutură, situat inferior, urmărește fixarea corectă a inserției pe linia mediană a subcloazonului, la partea înaltă a buzei superioare. Se aplică apoi cîteva puncte de sutură cu catgut pe planul profund, mai întîi la nivelul aripilor nasului și apoi — alternativ — de cele două părți ale piramidei nazale. În felul acesta noua piramidă nazală este fixată în poziție corectă.

• *A patra etapă.* După ce piramida nou creată a fost fixată în poziție corectă se trece la suturarea lamboului la planul superficial al patului cu mătase sau nailon.

• *A cincea etapă.* Plaga frontală, de unde s-a prelevat lamboul, este suturată prin apropierea buzelor ei. La început se suturează cu catgut țesutul celular subcutanat, după o prealabilă decolare a tegumentelor care formează marginile plăgii. Apoi sînt suturate și tegumentele, cu mătase sau nailon. Dacă nu s-a putut acoperi întreaga suprafață a plăgii, pastea rămasă neacoperită va fi completată prin aplicarea de grefă liberă de piele.

Al IV-lea timp operator este efectuat după aproximativ o lună de la suturarea lamboului la patul grefei. Atunci se secționează pedicului la nivelul inserției sale nazale, se rotește cu partea secționată în sus și se plasează în regiunea frontală, pentru ameliorarea estetică a plăgii frontale. Cu acest prilej se revizuiește întreaga cicatrice frontală, în vederea obținerii unui rezultat cît mai bun.

8.5.2.3. RINOPLASTIA TOTALĂ PRIN SCALP FRONTAL. TEHNICA CONVERSE

Este o tehnică ce derivă din procedeele folosite de New și Gillies și folosește un pedicul larg, care poate fi socotit ca un veritabil scalp.

Lamboul propriu-zis, ce urmează să refacă piramida nazală, se situează în regiunea frontolaterală, opusă vastului pedicul, care îi asigură în afară de o bună vitalitate și o mare mobilitate, permițîndu-i să fie așezat în bune condiții pe zona afectată a piramidei.

Incizia: pornește de deasupra pavilionului auricular stîng, pentru a conserva trunchiul temporalei și a celor mai multe din ramurile sale. Incizia — de formă curbilinie — urcă spre vertex, cam la aproximativ cinci centimetri de linia de implantare a părului, și apoi coboară în partea opusă, unde se recurbează, pentru a ajunge — coborînd vertical — în regiunea frontoparietală dreaptă, deasupra sprîncenei drepte; apoi se recurbează spre stînga, devenind orizontală, dar cu aspect ușor rotunjit, cu concavitatea în sus, avînd o lungime de șase sau șapte centimetri, cît se apreciază că va fi lățimea necesară reconstituirii piramidei. La extremitatea acestei incizii orizontale se urcă vertical cu

Scanned with OKEN Scanner

o altă incizie, paralelă cu cea descendentă, care se situează la extremitatea dreaptă a inciziei orizontale. Această ultimă incizie ascendentă verticală se întinde pînă la marginea anterioară a părții acoperite cu păr.

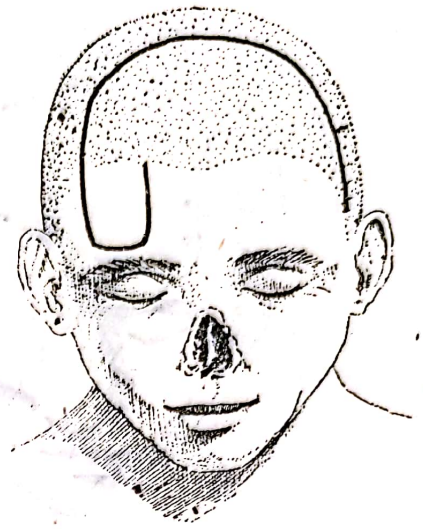


Fig. 210. Rinoplastia totală prin scalp frontal. Tehnica Converse (după Aubry). Trasarea lamboului

Decolarea lamboului: prin discizie cu foarfeca și folosind comprese se face ușor decolarea vastului lambou, pînă la epicraniu; în regiunea laterofrontală dreaptă decolarea va interesa numai tegumentele, respectînd mușchiul frontal.

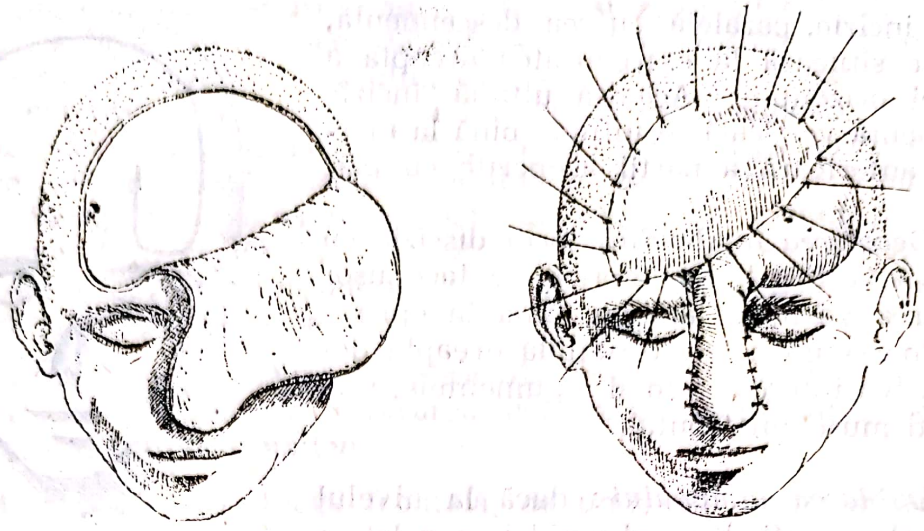
Dublarea lamboului: dacă la nivelul marginilor orificiilor piramidei nazale se află un țesut cicatriceal suficient confecționării — prin decolare și suturare pe linia mediană, cu fața sîngerîndă spre exterior a unui lambou, atunci partea frontolaterală a scalpului frontal, situată în dreapta, poate fi aplicată cu fața sîngerîndă pe fața sîngerîndă a lamboului dublură, creat din țesut cicatriceal. În situația că nu se poate confecționa din țesutul cicatriceal periorificial lamboul dublură, lamboul frontal — în partea sa mijlocie și superioară a părții laterofrontale drepte — va fi dublat cu o grefă liberă dermoepidermică, lăsînd liberă partea inferioară, ce va servi la refacerea subcloazonului și a aripilor nasului. Se înțelege că în felul acesta toată regiunea pediculului rămîne sîngerîndă. Grefa dermoepidermică va fi fixată la marginile lamboului laterofrontal drept prin cîteva fire de sutură. Întreg lamboul parțial dublat, împreună cu pedicul său vast, este reașezat pe locul de unde a fost prelevat și suturat.

Aplicarea lamboului: cînd s-a putut confecționa un lambou dublură din țesutul cicatriceal periorificial al piramidei distruse, partea frontolaterală dreaptă a lamboului imediat se aplică cu partea sîngerîndă peste partea sîngerîndă a lamboului dublură, aflată spre exterior, urmînd să se modeleze partea inferioară a lamboului de acoperire pentru a reface columela și aripile nasului.

În cazul că nu există țesut cicatriceal suficient creării lamboului dublură trebuie să se aștepte aproximativ trei săptămîni, pentru a putea libera din nou lamboul, în scopul obținerii unei dublări a acestuia de bună calitate.

Extremitatea inferioară a regiunii laterofrontale drepte a lamboului ce nu a fost dublată se modelează prin pensarea a două degete a părții mijlocii (așa cum s-a arătat la tehnica rinoplastiei totale cu lambou indian, întîrziat, armat și dublat). Odată modelarea făcută, prin trei fire în *U* — aplicate unul la nivelul pliurilor, pentru crearea columelei, iar celelalte două de o parte și de alta a marginilor aripilor nazale — se fixează modelarea extremității inferioare a noii piramide nazale. Avivarea conturului pierderii de substanță a piramidei nazale

Scanned with OKEN Scanner



a b

Fig. 211. Rinoplastia prin scalp frontal. Tehnica Converse (după Aubry): *a.* Decolarea lamboului; *b.* Sutura lamboului. Vastă zonă sîngerîndă rămasă se acoperă cu o grefă dermo-epidermică care se suturează cu fire cărora li se lasă un capăt lung cu care se leagă compresele îmbibate cu ser fiziologic.

se efectuează disecînd două planuri : unul profund și altul, superficial. Astfel, lamboul dublat și modelat la extremitatea sa inferioară va fi suturat în două planuri la patul grefei anterior pregătit. Planurile profunde vor fi suturate alternativ de o parte și de alta cu catgut atît la nivelul aripilor nasului, cît și pe părțile laterale ale piramidei. Planurile superficiale se suturează cu mătase sau nailon fin.

Columela va fi fixată în partea mijlocie a regiunii înalte a buzei superioare, unde în prealabil s-a confecționat un lambou în U, cu balamaua situată superior, care — prin ridicare — permite inserarea și prinderea mai bună a bazei columelei.

Acoperirea plăgii frontale : după prelevarea lamboului pe frunte rămîne o regiune întinsă sîngerîndă, ce va fi temporar acoperită cu o grefă protectoare dermoepidermică.

Secționarea lamboului : peste trei săptămîni lamboul este secționat la nivelul părții superioare a pierderii de substanță nazală. Pedicului astfel liberat este reașezat la locul de unde a fost prelevat, după ce în prealabil a fost ridicată grefa dermoepidermică protectoare. Se face sutura marginilor pediculului la marginile plăgii rămase după ridicarea sa.

La nivelul regiunii laterofrontale drepte, de unde s-a prelevat lamboul pentru refacerea piramidei nazale, zona sîngerîndă se acoperă cu o grefă totală de piele.

8.5.2.4. RINOPLASTIA CU LAMBOU FRONTAL ȘI PEDICUL TEMPORAL

Rinoplastia descrisă în continuare folosește un lambou care are un pedicul situat în regiunea temporală, lat de aproximativ șase centi-

Scanned with OKEN Scanner

metri, în plină regiune acoperită cu păr. De aici el urcă spre vertex, tot într-o regiune acoperită cu păr, pînă în dreptul părții mediane frontale, unde se recurbează și coboară vertical pe regiunea neacoperită cu păr a frunții, unde se trasează porțiunea din lambou ce va fi folosită la refacerea piramidei nazale. Este o variantă a lamboului lui New.

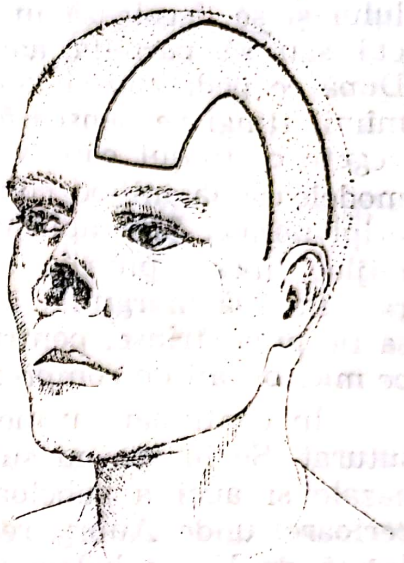


Fig. 212. Rinoplastia cu lambou frontal și pedicul temporal (după Aubry)

Pregătirea bolnavului : cu o zi înaintea intervenției este ras în regiunea acoperită cu păr a capului. Este trasat cu un creion de nitrat de argint sau cu o perlă de nitrat de argint, ușor umezite, conturul lamboului.

Croirea lamboului : se execută incizia tegumentelor pînă la epicraniu, după conturul trasat cu creionul de nitrat de argint și se face o decolare limitată a tegumentelor lamboului în apropierea inciziei, partea centrală rămînînd aderentă.

În cazul că se dorește armarea lamboului sînt introduse două lamele cartilaginoase recoltate și modelate în prealabil, una pentru refacerea dorsului nasului, iar cealaltă pentru refacerea columelei. Lamelele cartilaginoase sînt plasate, prin tunelizare deasupra epicraniului, în poziția stabilită anterior și trasată printr-o linie cu creionul de nitrat de argint.

Dublarea lamboului : din necesitatea asigurării unei bune nutriții, lamboul trebuie să fie întîrziat ; cu această ocazie se face și dublarea sa. După aproximativ două săptămîni se incizează din nou conturul lamboului frontal, ale cărui tegumente — neacoperite cu păr — vor reface piramida nazală, și este decolat în întregime, pînă la limita inserției părului pielii capului.

Se recoltează un lambou dermoepidermic de la nivelul abdomenului sau al coapsei și este aplicat cu partea sîngerîndă în sus, pentru a veni în contact cu fața sîngerîndă profundă a lamboului. Apoi se suturează marginile acestora. În noua sa formă, lamboul este suturat pe vechiul sediu din regiunea frontală. El este acum un lambou armat, dublat și întîrziat.

Dublarea lamboului se face numai în cazurile în care din țesuturile cicatriceale periorificiale ale piramidei nazale amputate nu se poate confecționa — prin decolare și suturare pe linia mediană — un lambou-dublură.

Aplicarea lamboului : peste aproximativ trei săptămîni se pregătește patul grefei, excizînd țesutul cicatriceal din jurul lipsei de substanță a piramidei nazale. Prin această avivare a țesuturilor cicatriceale trebuie create două planuri, unul profund și altul superficial.

După ce patul grefei este format se pregătește lamboul în vederea aplicării sale. Se incizează din nou conturul lamboului și al pedicu-

Scanned with OKEN Scanner

lului și se decolează în întregime, pentru ca pediculul detașat din locul său să permită aducerea lamboului la nivelul piramidei nazale. După ce pediculul și lamboul au fost mobilizate, cu indexul și policele mîinii stîngi se pensează în partea inferioară, la mijloc, prinzînd între degete cartilajul care va forma scheletul columelei. În felul acesta se modelează la mijloc columela, iar de o parte și de alta — cele două aripi nazale. Sînt aplicate apoi trei puncte de sutură în U : cel de la mijloc lipește pliurile care vor crea subcloazonul, iar punctele laterale fixează marginile aripilor nasului. Punctele de sutură nu trebuie să fie prea strînse, pentru a nu necroza tegumentele : ele se vor înnoda pe mici bucăți de comprese, îmbibate cu oleu de parafină.

În continuare urmează aplicarea lamboului pe locul unde trebuie suturat. Se începe cu suturarea — alternativă — a marginilor aripilor nazale și apoi a subcloazonului, la mijlocul părții înalte a buzei superioare, unde Aubry recomandă confecționarea unui lambou mic, sub formă de U, cu balamaua în sus, care — prin ridicare — permite o mai bună fixare a columelei refăcute. Se suturează după aceea, tot alternativ, marginile laterale ale piramidei nazale. Toate suturile — realizate cu catgut — fixează planurile profunde atît ale aripilor nasului, cît și ale marginilor laterale ale piramidei. După ce se execută suturarea planurilor profunde se trece la suturarea planurilor superficiale : la nivelul aripilor, al rădăcinii și al marginilor laterale ale nasului.

Aubry preconizează fixarea lamboului — după aplicarea sa la patul nazal — la început prin trei puncte. Primul lipește columela la partea înaltă a buzei superioare, iar celelalte două, aplicate la rădăcina nasului, vor fixa în poziție ideală lama cartilaginoasă ce formează dorsul nasului. Numai după aceea se trece la sutura alternativă a planului profund, mai întîi a marginilor aripilor nasului și apoi, tot alternativ, a celor două laturi ale piramidei nazale. În cele din urmă, după aceeași schemă, se suturează planul superficial.

După suturarea lamboului, plaga rezultată în urma deplasării pediculului și a lamboului va fi acoperită cu o grefă provizorie de protecție, care va fi menținută pînă la desprinderea lamboului de pedicul.

Secționarea pediculului : la aproximativ trei săptămîni de la aplicarea lamboului se execută secționarea acestuia.

Pediculul, după secționare, va fi repus în vechiul său loc și suturat. Plaga rezultată în urma ridicării lamboului frontal — în porțiunea care mai rămîne după decolarea marginilor și apropierea lor — este acoperită cu o grefă liberă de piele. Țesutul subcutanat este suturat cu catgut, iar tegumentele cu mătase.

8.5.2.5. RINOPLASTIA PRIN METODA ITALIANĂ

Procedeul, folosit și descris de Tagliacozzi, a fost utilizat în rinoplastiile parțiale. În timp a suferit mai multe modificări, mai ales prin dublarea și întîrzierea lamboului, recoltat de pe fața anterointernă a brațului sau a antebrațului stîng.

Scanned with OKEN Scanner

Această metodă are două mari dezavantaje, și anume : diferența care există — în ceea ce privește aspectul — între pielea feței și cea prelevată de la nivelul brațului sau antebrațului și imobilizarea membrului superior într-o poziție greu de suportat de către bolnav o perioadă destul de lungă de timp.

Și astăzi metoda italiană este folosită mai mult în rinoplastiile parțiale. În rinoplastiile totale lamboul, recoltat prin metoda italiană, este utilizat mai mult sub forma dublată și întîrziată, deoarece este mai puțin expus infecției și riscului de a se compromite prinderea sa la patul grefei.

8.5.2.6. RINOPLASTIA PRIN LAMBOU MIGRATOR

Confecționarea unui lambou cilindric : la nivelul pielii abdominale se confecționează un lambou cilindric, așa cum s-a arătat la capitolul grefelor.

Fixarea unuia din capetele lamboului la antebraț : după o perioadă de timp se secționează unul din capetele lamboului și se fixează la antebrațul stîng. Înainte de a se implanta tubul pe gazda transportoare trebuie să procedăm la antrenarea sistematică a lamboului, prin comprimarea progresivă a pedicului.

Crearea la nivelul pedicului abdominal a unei palete care se dublează : după o altă perioadă de timp este secționat pedicului abdominal, apoi se incizează lamboul în sens longitudinal — pe o întindere suficientă pentru refacerea piramidei nazale — pe traseul pe care s-a făcut sutura cînd s-a tubulizat lamboul. Prin întinderea acestei extremități a lamboului se creează o paletă, ce este curățată de stratul grăsos subcutanat. Paleta este acoperită apoi — pe fața sa sîngerîndă — cu o grefă dermoepidermică, așezată pe suprafața sîngerîndă a paletei. Cele

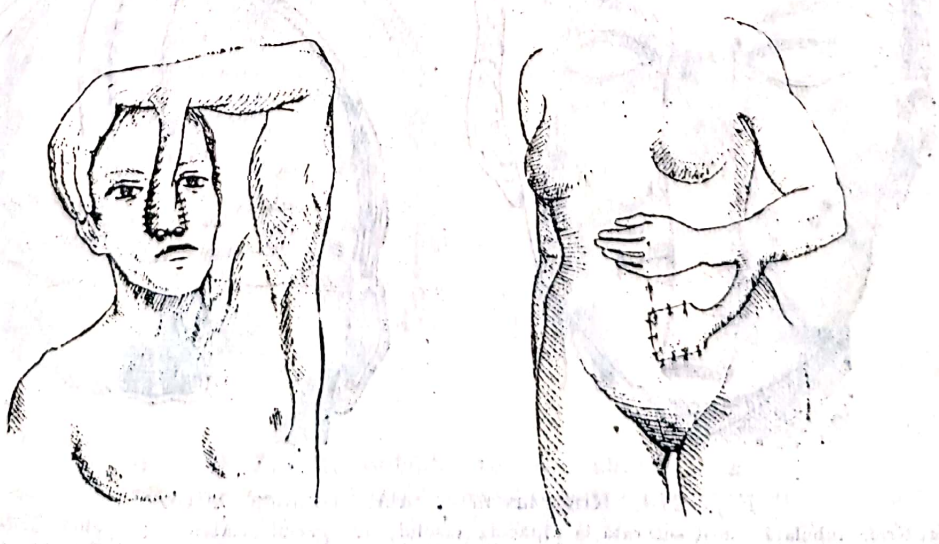


Fig. 213. Rinoplastia prin lambou tubulat migrator (după Aubry).

Scanned with OKEN Scanner

două suprafețe se suturează în poziția arătată, pe regiunea abdominală în zona unde a fost secționat pedicului.

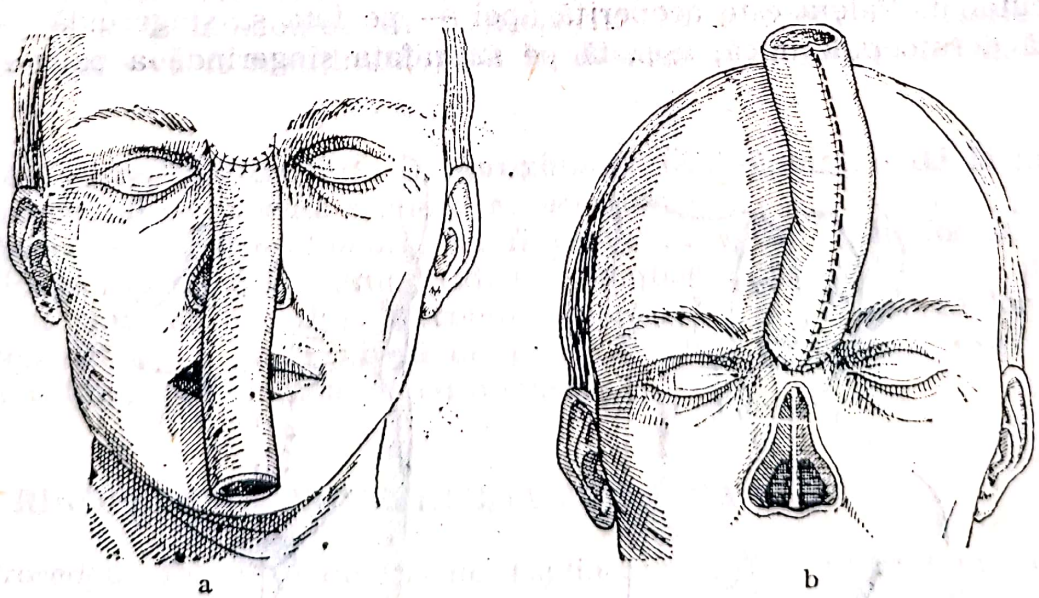
Aplicarea paletei pe pierderea de substanță nazală: la cîtva timp paleta dublată este detașată de la locul unde a fost fixată pe abdomen și — după ce în prealabil s-a avivat marginea periorificială a piramidei mutilate prin excizia țesutului cicatriceal, creîndu-se două planuri — se suturează la patul nazal, modelîndu-se extremitatea ei inferioară, așa cum s-a arătat la tehnicile anterioare, pensîndu-se între două degete viitoarea columelă.

Secționarea pedicului de la nivelul antebrațului: sînt secționate pedicului situat la nivelul antebrațului și excesul din lamboul tubulat, care depășește rădăcina nasului. Dacă lamboul nu este armat, rezultatul estetic este puțin mulțumitor, piramida nou creată nefiind suficient de rigidă ca să-și păstreze forma inițială. De aceea, Roselli recomandă armarea acestor lambouri. Distanța dintre timpii operatori este de aproximativ trei săptămîni.

Dintre toate procedeele rinoplastice menționate numai cel prin lambou frontal poate reface un nas ale cărui tegumente să fie asemănătoare cu cele ale restului feței. În același timp, lamboul frontal scutește bolnavul de o imobilizare destul de îndelungată, într-o poziție incomodă, greu de suportat. El are însă inconvenientul că dă cicatrice vizibile, într-o regiune expusă privirilor, ceea ce creează complexe bolnavilor.

8.5.2.7. RINOPLASTIA TOTALĂ PRIN LAMBOU TUBULAT. TEHNICA HITROV

Primul timp: după ce a fost creat un lambou tubulat tip Filatov și s-a așteptat aproximativ trei săptămîni pentru a-și asigura vitalitatea,



a b

Fig. 214. Rinoplastia totală. Tehnica Hitrov:
a. Grefa tubulată a fost suturată la rădăcina nasului, iar capătul celălalt a fost eliberat de gazda intermediară; *b*. Grefa tubulată este prinsă la rădăcina nasului iar capătul celălalt detașat de gazda intermediară este ridicat în sus pentru a expune sutura longitudinală prin care s-a tubulat lamboul.

Scanned with OKEN Scanner

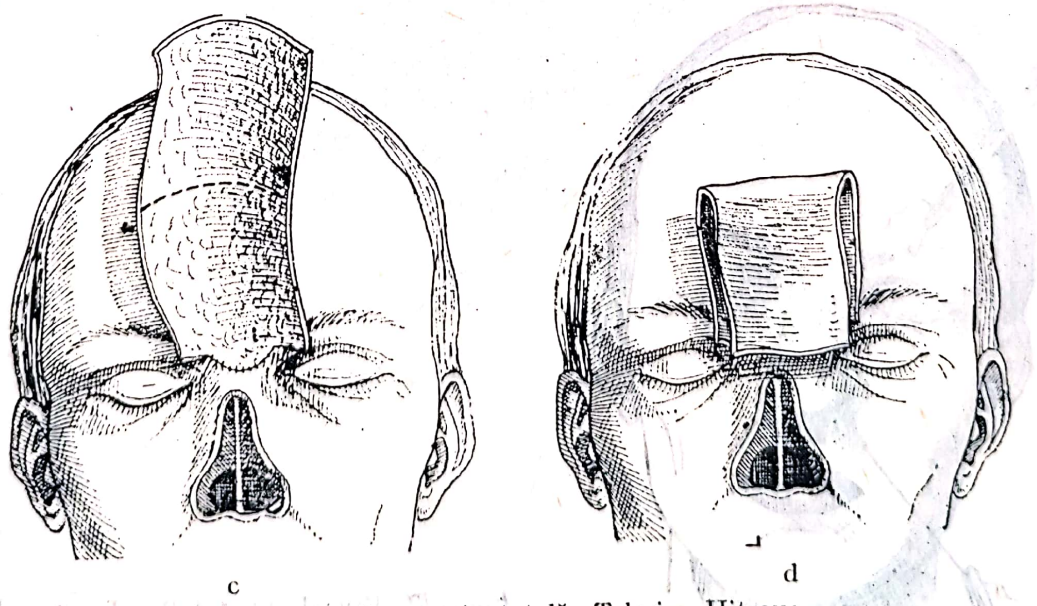
se face antrenarea lamboului la capătul ce va fi secţiont. Cînd medicul operator are convingerea unei bune nutriţii, transplantează lamboul tubulat la rădăcina nasului, cu linia de sutură longitudinală situată în jos.

Al II-lea timp: la aproximativ trei săptămîni, cînd există convingerea că grefa a prins, se secţionează şi capătul celălalt, eliberînd-o de gazda intermediară. Înainte de secţionare se face antrenarea lamboului la capătul care urmează să fie secţionat.

Al III-lea timp: Grefa tubulată, desprinsă de gazda intermediară şi prinsă la rădăcina nasului, se ridică în sus, pentru a se pune în evidenţă linia de sutură care a fost făcută cînd s-a tubulat grefa. Se secţionează grefa în lungime pe traseul vechii suturi şi se desface lamboul, în scopul expunerii ţesutului celuloadipos subcutanat. Se curăţă în întregime acest ţesut şi apoi se apreciază lungimea lamboului necesară refacerii piramidei nazale (în general este de aproximativ doisprezece centimetri). Excesul de tegument se secţionează.

Al IV-lea timp: după curăţarea lamboului şi desfăşurare, lamboul se îndoaie de jos în sus, astfel încît cele două părţi ale lui să vină în contact una cu cealaltă, prin suprafeţele lor sîngerînde. După dublare, atît faţa superficială, cît şi cea profundă a lamboului dublat sînt epidermizate.

Al V-lea timp: în foiţa profundă a lamboului dublat, prin pensare cu două degete, se confecţionează septul nazal şi, odată cu el, se conturează şi aripile nasului cu vestibulele nazale.

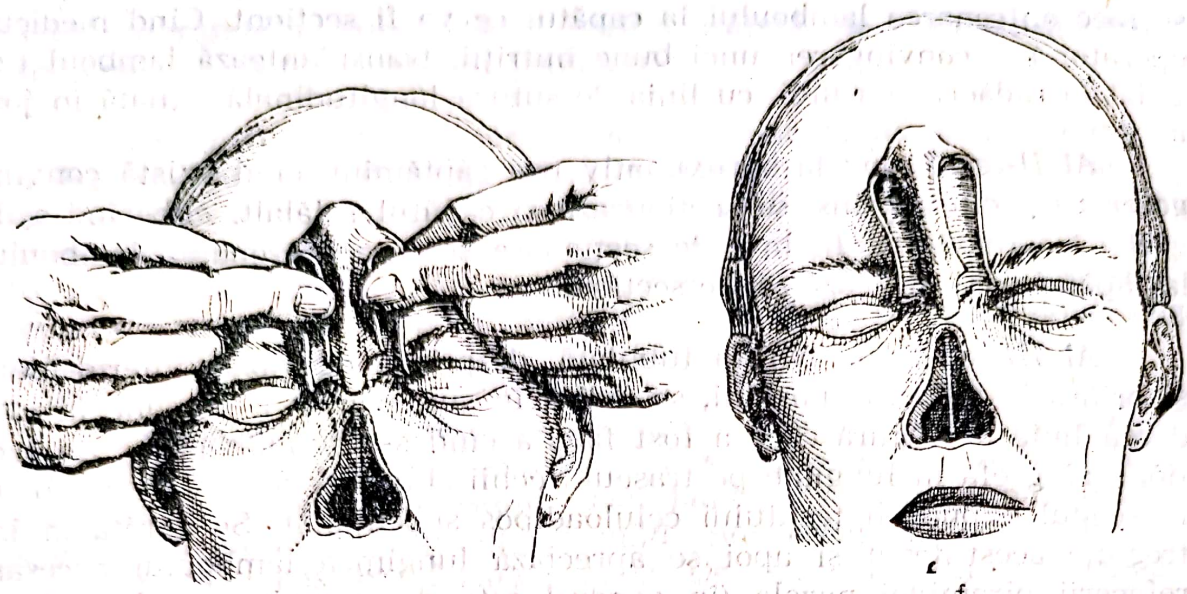


c d

Fig. 215. Rinoplastia totală. Tehnica Hitrov:

c. După incizia longitudinală pe traseul suturii, lamboul se desface şi se curăţă de stratul celulo-adipos subcutanat; *d.* Se secţionează din lamboul curăţit partea în exces a tegumentelor necesare refacerii piramidei şi apoi se îndoaie lamboul cutanat desfăşurat pentru a-l dubla. Astfel lamboul dublat are atît suprafaţa externă epidermizată cît şi pe cea profundă, care are partea epidermizată spre fosele nazale.

Scanned with OKEN Scanner



e f

Fig. 216. Rinoplastia totală. Tehnica Hitrov:
e. Modelarea nasului prin plicaturarea foiței profunde a lamboului; *f*. Noua piramidă gata confecționată.

Al VI-lea timp: se fixează plica, urmînd să realizeze septul nazal, și marginile aripilor nasului cu cîte un fir în U, cum s-a arătat la tehnicile anterioare.

Al VII-lea timp: patul pe care va fi aplicat lamboul este avivat prin excizia țesutului fibros cicatriceal periorificial al foselor nazale mutilate, căutînd să fie create două planuri — unul superficial și altul profund — la care vor fi suturate cele două foițe ce formează lamboul dublat.

g

Fig. 217. Rinoplastia totală. Tehnica Hitrov:
G. Sutura lamboului la patul nou creat prin excizia țesutului cicatriceal și crearea a două planuri unul profund și altu superficial. Șutural cu catgut a planului profund și cu mătase sau nylon a planului superficial. Aripa nazală stîngă a fost suturată, cea dreaptă este încă detașată

Al VIII-lea timp : se aplică lamboul modelat pe patul pregătit și se face sutura în două planuri, începînd cu fixarea subcloazonului. Este suturat apoi planul profund al patului de foița profundă a lamboului cu catgut, aplicînd fire de sutură separate alternativ la o aripă și apoi la cealaltă a nasului, pentru a realiza o simetrie perfectă. Ulterior sînt suturate părțile laterale, tot alternativ, ale piramidei nou create. Planul superficial este suturat cu mătase, urmînd aceeași ordine de aplicare a firelor.

Deoarece piramida astfel creată nu are rigiditatea necesară care să o facă să-și păstreze forma, Hitrov introduce — într-un timp operator ulterior — un fragment cartilaginos, pentru a da contur mai bun dorsului nasului, și o porțiune mai mică de cartilaj la nivelul columelei. În felul acesta piramida își păstrează mai bine forma și are un aspect mult mai estetic.

Tehnica Hritov are și ea dezavantajul celorlalte rinoplastii care folosesc lambouri de la distanță : tegumentele folosite au alt aspect decît cele ale restului feței, ceea ce face ca nasul să se deosebească de restul figurii. Are însă marele merit, pe care îl au de fapt tehnicile ce utilizează lambouri de la distanță, că nu se mai produc cicatrice pe față, în regiunea frontală, ca în cazul procedeelor care întrebuințează metoda indiană, sau în regiunile învecinate nasului, cum dau tehnicile care folosesc metoda franceză.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Cuvînt înainte 5

1. NOȚIUNI ANATOMO-CHIRURGICALE 9

1.1. Piramida nazală 9
1.2. Fosele nazale 15

2. BLOCUL OPERATOR 23

2.1. Instrumentarul și materialele chirurgicale folosite în chirurgia corectoare și reparatoare a nasului 24
2.2. Medicul operator 25
2.3. Medicul ajutor 25
2.4. Personalul mediu în sala de operat 26
2.5. Examenul bolnavului 26
2.6. Pregătirea preoperatorie a bolnavului 28
2.7. Anestezia 29
2.8. Îngrijiri postoperatorii 32
2.9. Evoluția postoperatorie 33
2.10. Complicații 34

3. PRINCIPII GENERALE ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI 37

3.1. Particularități ale chirurgiei corectoare și reparatoare a nasului . . . 41
3.1.1. Inciziile 42
3.1.2. Suturile 47
3.1.3. Drenajul 51
3.1.4. Pansamentele 51
3.1.5. Contenția 52

4. INDICAȚII ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI 57

4.1. Afecțiunile care beneficiază de chirurgia corectoare și reparatoare a nasului 57
4.2. Clasificarea displaziilor nazale 61

5. PROTEZE ȘI GREFE ÎN CHIRURGIA CORECTOARE ȘI REPARATOARE A NASULUI 65

5.1. Materiale protetice 65
5.1.1. Protezele de natură anorganică 65

Scanned with OKEN Scanner

5.1.2. Protezele de natură organică 66
5.2. Grefele 67
5.2.1. Heterografele 67
5.2.2. Homografele 67
5.2.3. Autografele 68
5.2.3.1. Grefele cartilaginoase 68
5.2.3.2. Grefele osoase 72
5.2.3.3. Grefele cutanate 76

6. CHIRURGIA CORECTOARE A NASULUI 102

6.1. Rinoplastiile reductoare 106
6.1.1. Tehnicile reductoare 106
6.1.1.1. Reducerea fracturilor unilaterale 107
6.1.1.2. Reducerea fracturilor bilaterale cu laterodeviere a piramidei nazale 107
6.1.1.3. Reducerea fracturilor cu deplasare anteroposterioară . . . 108
6.1.1.4. Reducerea fracturilor septului nazal 109
6.1.2. Contenția 109
6.2. Rinoplastia corectoare (estetică) a piramidei nazale 113
6.2.1. Tehnicile pentru corectarea hiperplaziei piramidei nazale . . . 114
6.2.1.1. Tehnica descrisă de Firică 122
6.2.1.2. Tehnica descrisă de Aubry 126
6.2.1.3. Tehnica descrisă de Ginestet 131
6.2.1.4. Tehnica descrisă de Jost și Legent 132
6.2.1.5. Variante ale tehnicilor de corectare a hiperplaziilor nazale 136
6.2.2. Tehnica corectării nasului lung cu vîrful căzut 138
6.2.3. Tehnicile pentru corectarea hipoplaziilor nazale 141
6.2.3.1. Tehnica osteotomiei laterale și paramediene 141
6.2.3.2. Tehnica corectării lordozei distale prin completarea cu bosa proximală rezecată 145
6.2.3.3. Tehnica modelării grefonului 148
6.2.3.4. Tehnica corectării nasului în șa 149
6.2.3.5. Tehnica corectării nasului lipsit de suport osteocartilaginos 153
6.2.4. Tehnicile pentru corectarea laterodeviațiilor piramidei nazale . . 156
6.2.4.1. Tehnica corectării laterodeviației piramidei cartilaginoase provocate de o malformație a septului 156
6.2.4.2. Tehnica corectării laterodeviației piramidei nazale cu suprafețele celor doi versanți egale 157
6.2.4.3. Tehnica corectării laterodeviației piramidei nazale cu suprafețele celor doi versanți inegale 159
6.2.4.4. Tehnica corectării laterodeviației piramidei nazale cu suprafețele celor doi versanți inegale descrisă de Aubry . . . 161
6.2.4.5. Variante ale tehnicilor de corecție ale laterodeviațiilor piramidei nazale 163
6.2.5. Tehnicile de corectare a displaziilor blocului mobil 165
6.2.5.1. Tehnicile chirurgicale pentru corecția displaziilor lobului nazal 168
6.2.5.1.1. Tehnici care corectează prin rezecții cartilaginoase 168
6.2.5.1.2. Tehnici care corectează prin remanieri anatomice 169
6.2.5.2. Tehnicile chirurgicale pentru corecția displaziilor columelei 172
6.2.5.2.1. Tehnicile corecției columelei prea lungi 172
6.2.5.2.2. Tehnicile corecției columelei prea scurte 173
6.2.5.2.3. Tehnicile corecției columelei care atîrnă 175
6.2.5.2.4. Tehnicile care corectează o columelă puțin aparentă 175
6.2.5.2.5. Tehnica corectării columelei late pe toată întinderea 177
6.2.5.2.6. Tehnicile corectării columelei late la bază . . . 177
6.2.5.2.7. Tehnicile corectării unghiului nazolabial prea deschis 178
6.2.5.2.8. Tehnicile corectării unghiului nazolabial prea închis 178
6.2.5.3. Tehnicile chirurgicale pentru corecția displaziilor aripilor nasului 179

Scanned with OKEN Scanner

6.2.5.3.1. Tehnicile corectoare ale aripilor nazale prea mari și derulate 179
6.2.5.3.2. Tehnicile chirurgicale pentru corecția aripilor nazale ptozate 180
6.2.5.3.3. Tehnicile corectării aripilor nazale îngroșate . . . 180
6.2.5.3.4. Tehnicile corectării colapsului aripilor nazale . . 181
6.2.6. Corectarea asociată a displaziilor piramidei nazale și a malformațiilor septului nazal 182

7. CHIRURGIA CORECTOARE A FOSELOR NAZALE 185

7.1. Necesitatea recalibrării foselor nazale 185
7.2. Intervenții chirurgicale pentru corectarea displaziilor endonazale în plus 186
7.2.1. Corectarea atreziilor anterioare sau narinare 186
7.2.1.1. Tehnica corectării aspirației aripilor nasului provocate de concavitatea în afară a părții laterale a cartilajului alar . . 187
7.2.1.2. Tehnica corectării aspirației aripilor nasului provocată de atrofia părții laterale a cartilajelor alare 187
7.2.1.3. Tehnica corectării aspirației aripilor nasului provocată de domuri foarte înguste și foarte apropiate 188
7.2.1.4. Tehnica corectării imperforației narinare congenitale . . . 188
7.2.1.5. Corectarea sinechiilor narinare prin procedeul lui A. Bloch și Lemoine 188
7.2.1.6. Corectarea sinechiilor narinare prin procedeul Aubry . . 189
7.2.2. Corectarea streziilor din interiorul foselor nazale 190
7.2.2.1. Tehnica rezecției sinechiilor foselor nazale 190
7.2.2.2. Corectarea strîmtorării foselor nazale 191
7.2.3. Corectarea atreziilor posterioare sau ale coanelor 192
7.2.3.1. Corectarea imperforației coanale 192
7.2.3.1.1. Corectarea imperforației coanale la nou-născut . . 192
7.2.3.1.2. Rezecția diafragmului coanal 194
7.2.4. Tehnicile corectării rinitelor hipertrofice 198
7.2.4.1. Tehnica galvanocauterizării cornetelor inferioare 199
7.2.4.2. Tehnica rezecției parțiale a cornetelor inferioare 202
7.2.4.3. Tehnica rezecției cornetelor mijlocii 204
7.2.4.4. Tehnica corectării cozilor de cornet 206
7.2.4.5. Tehnica fracturării cornetelor inferioare 207
7.2.5. Tehnica polipotomiei nazale 208
7.2.6. Tehnica ablației polipului sîngerînd al septului nazal 211
7.3. Tumorile maligne ale septului nazal 213
7.3.1. Tumorile regiunii cartilaginoase a septului 213
7.3.2. Tumorile situate în regiunea joasă a septului nazal 213
7.3.3. Tumorile situate în regiunea mijlocie a septului nazal 214
7.3.4. Tumorile situate în regiunea superioară a septului nazal . . . 214
7.3.5. Tumorile planșeului foselor nazale 214
7.3.6. Tumorile situate la nivelul cornetului inferior 214
7.4. Malformațiile septului nazal 214
7.4.1. Intervențiile corectoare ale malformațiilor septului nazal . . . 215
7.4.1.1. Tehnica rezecției subpericondromucoasă a septului (Killian) 215
7.4.1.2. Tehnica rezecției mucopericondrală unilaterală a crestelor și pintenilor septului 221
7.4.1.3. Septoplastia sau repoziția cloazonului 223
7.4.1.3.1. Tehnica repoziției „a minima“ prin decolare unilateral 225
7.4.1.3.2. Tehnica rezecțiilor lărgite 228
7.4.1.3.3. Tehnica rezecțiilor radicale 229
7.4.1.4. Septoplastia asociată cu o rinoplastie 231
7.5. Intervențiile chirurgicale pentru corectarea displaziilor endonazale în minus 232
7.5.1. Recalibrarea foselor nazale prin procedeul Kyries 233

Scanned with OKEN Scanner

7.5.2. Recalibrarea prin introducerea de grefe sau implante submucopericondroperiostic la nivelul septului 236
7.5.3. Recalibrarea prin apropierea de sept a pereților intersinusonazali. Tehnica lui Lautenschlaeger 233

8. CHIRURGIA REPARATOARE ȘI RECONSTRUCTIVĂ A NASULUI . . 242

8.1. Generalități 242
8.2. Malformațiile congenitale 243
8.2.1. Aplazia nazală 243
8.2.2. Ciclocefalia 244
8.2.3. Agenezia nazală unilaterală 244
8.2.4. Proboscis lateralis 244
8.2.5. Malformațiile nazale întîlnite în fisurile mediane ale feței . . . 245
8.2.5.1. Tratamentul chirurgical în fisura mediană mijlocie . . . 246
8.2.5.2. Tratamentul chirurgical în fisura mediană minoră . . . 247
8.2.6. Malformațiile nazale asociate cu buza de iepure 248
8.2.6.1. Malformațiile nazale asociate cu buza de iepure unilaterală 248
8.2.6.2. Malformațiile nazale asociate cu buza de iepure bilaterală 250
8.3. Tumorile nazale 251
8.3.1. Tumorile benigne ale piramidei nazale 252
8.3.1.1. Tumorile neurogene 252
8.3.1.2. Tumorile ectodermice 252
8.3.1.3. Tumorile mezodermice 253
8.3.1.4. Alte tumori congenitale benigne 254
8.3.1.5. Tumorile benigne ce nu sînt congenitale 254
8.3.2. Tumorile maligne ale piramidei nazale 256
8.4. Traumatismele piramidei nazale 257
8.4.1. Plăgile recente fără pierdere de substanță 258
8.4.2. Plăgile vechi, cicatrizate, fără retracție 258
8.4.3. Plăgile cu pierdere de substanță cutanată sau scheletală 259
8.5. Intervențiile reparatoare și reconstructive ale piramidei nazale . . . 261
8.5.1. Rinoplastiile parțiale 261
8.5.1.1. Reconstrucția piramidei nazale superioare 261
8.5.1.1.1. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa fără lezarea tegumentelor 262
8.5.1.1.2. Intervenția chirurgicală în caz de traumatism recent cu lezarea tegumentelor și fractura cu înfundare a oaselor piramidei nazale 263
8.5.1.1.3. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa cu cicatrice tegumentară inextensibilă care nu permite introducerea autografei cartilaginoase sau osoase . . 264
8.5.1.1.4. Intervenția chirurgicală în cazul unui nas în șa cu o cicatrice tegumentară retractilă care ridică mult lobulul, cu deschiderea narinelor mai mult sau mai puțin anterior 265
8.5.1.1.5. Tehnica recomandată de Nélaton și Ombrédanne . 265
8.5.1.2. Reconstrucția piramidei inferioare 268
8.5.1.2.1. Rinoplastiile parțiale ale zonei orificiale 268
8.5.1.2.2. Refacerea lobulului nazal 270
8.5.1.2.3. Refacerea aripilor nasului 282
8.5.1.2.4. Refacerea columelei 289
8.5.2. Rinoplastia totală 293
8.5.2.1. Tehnica Gh. Nélaton-Ombrédanne 298
8.5.2.2. Rinoplastia totală prin lambou indian întîrziat, armat și dublat 303
8.5.2.3. Rinoplastia totală prin scalp frontal. Tehnica Converse . . 306
8.5.2.4. Rinoplastia cu lambou frontal și pedicul temporal 308
8.5.2.5. Rinoplastia prin metoda italiană 310
8.5.2.6. Rinoplastia prin lambou migrator 311
8.5.2.7. Rinoplastia totală prin lambou tubulat. Tehnica Hitrov . . 312

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : MIȘU RĂILEANU
Tehnoredactor : GH. CUCOȘ

*

Bun de tipar 12.08.1986. Apărut 1986
Coli tipar 20. B 10486.

*

Tiparul executat sub comanda
nr. 1033 la
Întreprinderea Poligrafică
„13 Decembrie 1918".
str. Grigore Alexandrescu nr. 89-97
București,
Republica Socialistă România